Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle Chefarzt Dr. Beyer, Roderbirken b. Leichlingen. Prof. Dr. Bleuler, Zürich. Oberarzt Dr. Deiters, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. van Deventer, Amsterdam. Prof. Dr. L. Edinger, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. Fischer, Wiesloch (Baden). Prof. Dr. Friedländer, Hohemark. San.-Rat Dr. Herting, Galkhausen (Rheinl.). Ober-Med.-Rat Dr. Ilberg, Sonnenstein b. Pirna (Sachsen). Direktor Dr. Kluge, Potsdam. Med.-Rat Dr. Kreuser, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. Lehmann, Lindenhof. San.-Rat. Dr. Merklin, Treptow a R. Prof. Dr. Mingazzini, Rom. Direktor Dr Morel, Gand (Belgien). Direktor Dr. v. Olah, Budapest. Prof. Dr. A. Pilcz, Wien. Direktor Dr. Ritti, St. Maurice (Seine). Reg-Rat Dr. H. Schlöß, Wien. Prof. Dr. Ernst Schultze, Göttingen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen Reg.-Rat Dr Starlinger, Mauer-Öhling (Niederösterreich). Direktor Dr. Urquhart, Perth (Schottland). Med.-Rat Direktor Dr. Vocke, Eglfing bei München. Professor Dr. Heinrich Vogt, Nervenarzt, Frankfurt a. M. Direktor Prof. W. Weygandt, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Vierzehnter Jahrgang 1912/1913.

Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 1 6. April **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München.

Vorläufige Mitteilung

von Medizinalrat Direktor Dr. *Vocke*, Eglfing b. München, und Bauamtsassessor *Neithardt*, München.

Wir kommen mit Folgendem gerne einer freundlichen Einladung nach, welche die Redaktion im Hinblick auf einige Zeitungsnotizen über die im Bau begriffene Anstalt Haar an uns gerichtet hat.

Die im Jahre 1905 eröffnete Anstalt Eglfing war in erster Linie eine Ersatzanstalt für die aufgelassene alte Kreis-Irrenanstalt München, deren 800 Kranke nach Eglfing überführt wurden. Der Rest von 356 Plätzen war Mitte November 1908 bereits besetzt und seitdem ist eine zunehmende Überfüllung eingetreten, welche sich jetzt auf 220 Kranke über den Normalstand beziffert. Das schnelle Anwachsen des Krankenstandes kam nicht überraschend und nach eingehenden Vorerhebungen und Verhandlungen wurde Ende 1908 bereits die Errichtung einer weiteren Anstalt beschlossen, und zwar dicht bei Eglfing, da hierdurch wesentliche Ersparungen an Bau- und Betriebskosten zu erzielen waren.

Die neue Anstalt wird ihre Aufnahmen zum größeren Teil aus der Stadt München erhalten. Ein abermaliger Grundankauf in der Nähe der Stadt hätte große Unkosten verursacht, während durch eine Arrondierung des Eglfinger Gesamtareales (jetzt 425 ha) nach Süden ein 36 ha großer schöner Bauplatz mit alten Waldbeständen und guten Zufahrtsstraßen gewonnen werden konnte.

Für die rationelle Bewirtschaftung des Anstaltsgutes ist es nur von Vorteil, wenn eine zweite Anstalt, deren Aufnahmebezirk neben einem Teil der Stadt München auch ländliche Bezirke umfassen soll, weitere Arbeitskräfte liefert, da unsere Großstadtbevölkerung zu rein landwirtschaftlichen Arbeiten sich wenig eignet.

Wasser, Heißwasser, Heiz- und Brauchdampf und elektrischen Strom kann die technische Zentrale in Eglfing liefern, in welcher auf Erweiterungen Bedacht genommen war. Die intensivere Ausnutzung der vorhandenen technischen Anlagen und die Zentralisierung des technischen Betriebes für zwei Anstalten werden die Betriebskosten wesentlich verringern.

Der Anschluß der neuen Anstalt an die Kanalisation und Rieselfeldanlage bereitet keine Schwierigkeiten und relativ geringe Kosten. Gemeinsam soll endlich beiden Anstalten der Waldfriedhof bei Eglfing sein.

Die Wahl des Ortes ersparte somit die Ausgaben für ein neues Gelände, für eine weitere Ökonomie, für Kessel- und Maschinenhaus, für Geleiseanlage und Zufahrtstraßen, für Wasserversorgung und Abwasseranlage mit Ausnahme der Leitungen, sowie eine weitere Friedhofanlage und sicherte überdies materielle Vorteile im technischen und landwirtschaftlichen Betrieb. Endlich war es leicht möglich, das Baubureau in Eglfing selbst (im Epidemienhause der Männerabteilung) unterzubringen, wo der medizinische Sachverständige stets zur Hand war, wo die Akten und Pläne des Eglfinger Baues zur Verfügung standen und wo zahlreiche Baufragen sofort an Ort und Stelle durch Augenscheinseinnahme und Erhebungen über die gemachten Erfahrungen erledigt werden konnten.

Ein intensives Zusammenarbeiten des Architekten und des Arztes war dadurch vom ersten Anfange an ermöglicht. Aus kurzsichtigen „Ersparungsrücksichten“ wird darauf leider nicht überall der richtige Wert

gelegt. Zeit und Geld werden vergeudet durch Hin- und Herfragen, durch Verzögerung dringlicher Entscheidungen, Verlängerung der Bauzeit und durch allerlei spätere Änderungen und Nacharbeiten. Die Verfasser haben auf dieses intensive Zusammenarbeiten in allen Fragen ohne jede Ausnahme den größten Wert gelegt, und wir hoffen, durch die neue Anstalt den Beweis liefern zu können, daß unbeschadet der Anforderungen für die speziellen psychiatrischen Zwecke und trotz deren restloser Erfüllung durch den Architekten auch beim Bau einer Irrenanstalt die berechtigten ästhetischen Forderungen nicht zurückstehen müssen. Wir heben das absichtlich hervor, weil in manchen Anstalten in der Tat ein diametrales Auseinanderstreben dieser zwei verschiedenen Forderungen nur zu deutlich zutage tritt. Bald ist es die Eigenart architektonisch unmöglicher Grundrisse mit polygonalen Zerrformen, bald die gewollte oder ungewollte Verständnislosigkeit gegenüber der von dem entwickelteren Kunstempfinden unserer Zeit für jedes Bauwerk gestellten Forderung, den Zweck in einer harmonischen Form zum Ausdruck zu bringen, bald eine unmotivierte und daher unkünstlerische Aufwendigkeit, die dann nicht selten durch eine mißfällige Nüchternheit des inneren Ausbaues und der Ausstattung am unrichtigsten Ort wieder einzusparen versucht wurde.

Und noch eines wird durch verständnisvolle und intensive Zusammenarbeit von Arzt und Architekt gefördert: die stete Rücksichtnahme auf die Bau-, Betriebs- und späteren Unterhaltungskosten, das klare Ausscheiden zwischen dem Nötigen und dem Entbehrlichen, zwischen begründeten Forderungen und schönen, aber kostspieligen Wünschen und damit das richtige Maßhalten im Fordern und Verzichten auf beiden Seiten.

Abgesehen von den erwähnten mit Eglfing gemeinsamen Anlagen wird die neue Anstalt eine vollkommen selbständige Anstalt werden mit eigener ärztlicher Direktion, eigener Verwaltung, mit Kochküche, Waschküche, Werkstätten, Gärtnerei, Kirche, Gesellschaftshaus, Sektions- und Desinfektionsgebäude, berechnet auf eine Belegung von 1000 und eventuell mehr Kranke, vorerst nur III. Klasse.

Aufgeführt sind zunächst zehn Krankengebäude mit 800 Betten, darunter ein Kinderhaus mit fünfzig Plätzen, in welchem jugendliche Fälle jeglichen Alters zur ärztlichen Beobachtung und Behandlung sowie zur Begutachtung über die fernere Unterbringung in einer Heil-, Bildungs- oder Pflegeanstalt aufgenommen werden sollen. Außer der Pfalz besitzt bisher kein Kreis unseres engeren Heimatlandes eine öffentliche Anstalt für Jugendliche. Um so begrüßenswerter ist das Vorgehen des oberbayerischen Landrates in dieser Richtung, das einem dringenden Bedürfnisse abhilft und eine notwendige und aussichtsreiche Ausdehnung öffentlicher Anstaltsfürsorge inauguriert.

Die Disposition der neun Gebäude für erwachsene Kranke ist folgende: ein Aufnahmehaus für beide Geschlechter mit Lazarett (280 Betten), zwei eingeschossige unruhige Wachabteilungen (je 32 Betten), zwei Häuser für Unsichere (je 95 Betten), zwei Häuser für Ruhige (je 70 Betten), zwei offene Pavillons (je 40 Betten). Wir sind aus wohlerwogenen Gründen und im vollen Bewußtsein der von außen zu erwartenden Anfechtungen bei der Disposition von dem in den letzten zwei Jahrzehnten dominierenden Kleinpavillonsystem abgegangen und haben, ohne zum alten Korridorbau zurückzukehren, eine Zusammenfassung von Pavillons in große Gebäude angeregt und durchgeführt in der Überzeugung, daß dies sowohl unseren hiesigen Bedürfnissen und Verhältnissen besser entspricht, als auch einen tatsächlichen Fortschritt in der Entwicklung des Anstaltsbaues bedeutet. Daß dieser Gedanke nicht allgemein akzeptiert werden wird und daß hiergegen Einsprüche aller Art werden erhoben werden, erwarten wir, und es liegt uns ferne, eine derartige Bauweise wahllos für jede Anstalt, etwa auch für solche mit ländlichem Krankenmaterial und geringer Aufnahmeziffer, als das allein Richtige hinstellen zu wollen. Allein bei der Menge von Aufnahmen aus der Großstadt, bei der großen Zahl von Schwerkranken, die ständiger Überwachung oder Pflege bedürfen, glaubten wir, mit der gegenwärtigen Tradition brechen zu müssen zugunsten der Betriebsvorteile und der Kosten. Entfernt man die unruhigsten Elemente in — zweifellos am besten eingeschossige — besondere Pavillons, so besteht kein stichhaltiger Grund dagegen, die übrigen Wachstationen, zwischen denen erfahrungsgemäß ein reger Krankenaustausch stattfindet, in große Gebäude zusammenzufassen, wenn das Terrain es gestattet, wenn die Grundrißanlage für alle Abteilungen günstige Himmelsrichtung, Luft und Licht, gute Zugänge und zweckmäßige Gartenanlagen schafft und die nötige Trennung mit der wünschenswerten Zusammenfassung in richtiger Weise verbindet.

Diesen Forderungen hoffen wir im sogenannten „großen Haus“, dem zweigeschossigen Aufnahmehaus, entsprochen zu haben, welches in fünf Trakten das Lazarett und je vier Wachabteilungen nebst je einer kleinen Absonderungsabteilung (für Tuberkulose, Erysipel, Karzinom, Gangrän) für beide Geschlechter

enthält. Die staffelförmige Gruppierung der einzelnen Trakte, die sich in ihren Grundrissen unter Vermeidung durchlaufender Korridore vollkommen an bewährte Pavillongrundrisse anlehnen und nur durch Treppenhäuser mit dem Nebentrakt verbunden sind, bewirkt eine entsprechende Gliederung der Fassade, schafft Stirnlicht für die Schmalseiten und ermöglicht die Anlage ausgiebiger und getrennter Gärten nach der Südseite. Eine Mitteldurchfahrt verhütet die Sperrung des Terrains durch den langen Bau, und zwei Aufzüge, deren Kosten bei nur zwei Haltestellen heutzutage mäßig sind, erleichtern den Transport Schwerkranker im Hause, in dessen Obergeschoß wir gerade die ständig Bettlägerigen untergebracht haben, da für sie die Gartenbenutzung nicht in Frage kommt.

Wer nicht einseitig auf das Kleinpavillonsystem eingeschworen ist, wird ohne weiteres zugeben müssen, daß die ärztliche Überwachung und Behandlung, die Aufsichtsführung, der Krankenaustausch und die gegenseitige Hilfeleistung des Pflegepersonals bei einer derartigen baulichen Anlage wesentlich erleichtert ist, daß an Terrain gespart wird, daß ein großes Objekt günstigere Baupreise erzielt, als fünf oder noch mehr getrennte Pavillons, daß wesentliche Längen an Licht-, Wasser-, Abwasser- und Heizleitungen eingespart werden, daß die Beheizungskosten sich verringern und daß beim Vorhandensein einer entsprechenden elektrischen Alarmklingelanlage — wie sie in Haar für alle Abteilungen vorgesehen ist — auch an Personal im Betriebe gespart werden kann.

Dieselben Erwägungen haben dazu geführt, 95 Betten für Halbruhige und Unsichere (drei Abteilungen, darunter eine Wachabteilung) in einem zweigliedrigen Bau zu vereinigen. Auf der Männerseite ist die eine Abteilung für Unsichere den kriminellen Kranken zugedacht und dementsprechend mit allen Vorkehrungen und Sicherheitsmaßregeln eines „festen Hauses“ ausgestattet.

Die zwei unruhigen Wachabteilungen sind die einzigen eingeschossigen Krankenbauten. Die Nachteile eingeschossiger Bauten in bezug auf Bau-, Beheizungs- und Betriebs- (Personal-) Kosten liegen auf der Hand und werden durch die wirklichen und zum Teil nur vermeintlichen Vorteile in keiner Weise aufgewogen. Es ist nach unserer Überzeugung nicht gerechtfertigt, heute noch für ruhige Wachstationen, für Lazarette und Siechenpavillons eingeschossige Bauten zu fordern. Dagegen behält der eingeschossige Bau da seine Existenzberechtigung, wo es sich um die Unterbringung der unruhigsten und störendsten Kranken handelt, deren Vereinigung mit ruhigen Kranken unter einem Dache zu schweren Belästigungen führt. Der Grundriß unserer unruhigen Wachabteilung sieht eine Trennung in zwei gesonderte Unterabteilungen à 16 Betten mit je einem Dauerbad vor.

Im geschlossenen Haus für Ruhige ermöglicht eine Sondertreppe vom Obergeschoß zum Garten eine strikte Trennung der beiden Abteilungen, um auf der Männerseite die Alkoholkranken gänzlich von den Geisteskranken, auf der Frauenseite die minder Zuverlässigen von den nach „halboffenem“ System zu Behandelnden scheiden zu können.

Für die künftige Erweiterung sind vier Kranken- und ein weiterer Kinderpavillon geplant. Ein Haus für ansteckende Kranke soll noch in Angriff genommen werden.

Die Anstalt Haar liegt südlich (rechter Hand) der von der Bahnstation nach Eglfing führenden Straße. Die Umfriedigungen beider Anstalten sind nur durch eine Straße getrennt, doch liegt zwischen den eigentlichen Bauterrains der geräumige Gemüsegarten der neuen Anstalt, so daß keinerlei gegenseitige Beeinträchtigung an Luft und Licht, an freiem Blick und architektonischer Wirkung eintreten kann.

Die Häuser der weiblichen Abteilung konnten im lichten Hochwald situiert werden, von welchem ein 11 ha großes zusammenhängendes Stück mit gemischtem Bestand zu einem Parke umgewandelt wird.

Bei der Herstellung der Grundrisse hatten wir uns folgende Aufgaben gestellt:

Grundrisse mit zahlreichen Ecken und Winkeln sollten grundsätzlich vermieden werden. Sie wirken unruhig, sind teurer im Bau und verursachen höhere Unterhaltungskosten, an die Projektierung stellen sie allerdings geringere Anforderungen. Daß eine schlichte ungezwungene Gestaltung der Grundrisse ohne Beeinträchtigung ärztlicher Forderungen möglich ist und die beste Grundlage für einen künstlerisch befriedigenden Aufbau bildet, zeigen schon die Eglfinger Krankengebäude.

Bei zweckentsprechender Verbindung der Räume wurde tunlichste Beschränkung in der Flächenausdehnung und Vermeidung unwirtschaftlicher, durch den Zweck nicht gebotener Korridore angestrebt.

Die Rücksicht auf die Unterhaltungskosten bestimmte uns hauptsächlich, alle Veranden in die Häuser direkt einzubauen.

Der Dauerbadbehandlung wurde bei der Raumausteilung in erhöhtem Maße Rechnung getragen, außer-

dem wurden in allen Wachstationen gesonderte Aufnahmebäder mit je einer Wanne vorgesehen.

Eine fortschrittliche Fürsorge für die Unterbringung des Pflegepersonals bildete einen wichtigen Programmpunkt. Das gesamte Pflegepersonal hat eigene Zimmer mit zwei höchstens drei Betten und schläft in keiner Abteilung mit den Kranken im gleichen Raume. Ruhige Zimmer, abgelegen von den Krankenräumen, größtenteils im Dachgeschosse untergebracht, sind für das Tages- und Nachtpersonal der Wachstationen bestimmt. Auf den Abteilungen ohne Nachtwache sind die Pflegerzimmer zwischen den Schlafsälen unter Vermeidung von Korridoren so angeordnet, daß von ihnen aus bei verschlossener Türe durch kleine Mauer- oder Türöffnungen mindestens zwei, meist drei Schlafräume akustisch überwacht werden können.

Wie in Eglfing liegen alle Familienwohnungen grundsätzlich fern der Krankenabteilungen. Eine Häusergruppe jenseits der Zugangsstraße enthält 16 Wohnungen für Pfleger und Bedienstete mit kleinen Gemüsegärten; die Erweiterung dieser Gruppe ist projektmäßig festgelegt. Innerhalb der Umfriedigung liegen die Wohngebäude für den Direktor, für vier Ärzte und sieben Beamte. Weitere Wohnungen befinden sich im Verwaltungsgebäude, im Pförtnerhaus und im Gärtnereigebäude.

Bei der Ausführung der Bauten war das leitende Prinzip, entsprechend der großzügigen Anschauung des oberbayerischen Landrates: Die solideste Bauweise ist die billigste. Alle Gebäude sind vollständig unterkellert, in den heimischen Materialien — Beton, verputztes Backsteinmauerwerk — erbaut und mit hohen Ziegeldächern versehen.

Hierdurch ergab sich ohne weiteres ein Zusammenklang mit der heimischen Bauweise und dem Stil der Eglfinger Bauten. Der Charakter einer Großstadtanstalt, der Verzicht auf kleine Pavillons und das Baumaterial schlossen einen rein ländlichen Baustil aus. Die eingebauten Veranden beleben die durch den Zweck gebotene Einfachheit der Fassaden in ungezwungener Weise. Die Wahrung dieser Schlichtheit lenkte die künstlerischen Bestrebungen des Architekten hauptsächlich auf die Erzielung guter Massenwirkung an den Einzelgebäuden und auf deren Vereinigung zu wirkungsvollen Gruppen an einigen Stellen.

Wie eingangs erwähnt, wird Haar an das Eglfinger Fernheizwerk angeschlossen. Aus ökonomischen Gründen wurde für die neue Anstalt eine Fernwarmwasserheizung gewählt. Bei ihr sind begehbare Kanäle überflüssig, die Transmissionsverluste geringer und alle Abstufungen in der Produktion und Zirkulation der Wärmemengen möglich in steter Anpassung an das nach Stunden und Tagen, nach Wind und Wetter wechselnde Heizbedürfnis. Diesem kann die Warmwasserheizung, wie keine andere, durch Regulierung der Wassertemperatur oder der Umwälzgeschwindigkeit folgen.

Vom westlichsten Krankengebäude der Anstalt Eglfing führt ein begehbarer Kanal zum östlichsten der neuen Anstalt, einem Landhaus der männlichen Abteilung, der die Leitungen für gespannten Dampf, Kondenswasser und Brauchwarmwasser enthält. In den entsprechend vertieften Kellern dieses Landhauses ist eine sogenannte Unterstation errichtet für die Erzeugung des Heizwassers und für die Pumpenanlage zur Umwälzung desselben. Von hier aus wird nun zum Wasch- und Kochküchengebäude eine kleinkalibrige Brauch-Dampfleitung abgezweigt und allen Krankengebäuden in kleinen, aus Eisenbeton erstellten Kanälen von 50 cm Höhe und wechselnder Breite (120, 100 bezw. 70 cm) Hin- und Rückleitung für Heizwasser und Brauch-Warmwasser zugeführt. Es steht mit Sicherheit zu erwarten, daß die neue Anlage die ohnehin schon recht günstigen Betriebsergebnisse des Eglfinger Fernheizwerkes an Wirtschaftlichkeit noch übertreffen wird.

Zur Vermeidung eines allgemeinen Heizbetriebes bei Nacht haben in Eglfing das Verwaltungsgebäude und das Direktorwohnhaus je eine eigene Niederdruckdampfanlage erhalten. In Haar wird dies erreicht durch Installierung einer kleinen Warmwasser-Gruppenheizung im Souterrain des Verwaltungsgebäudes unter Anschluß des Direktor- und eines Beamtenwohnhauses.

Begonnen wurde der Bau nach Genehmigung des Projektes im Februar 1910 mit der Erstellung der Hauptumfriedigung, des Wasserleitungs- und inneren Straßennetzes. Gute Anfuhrstraßen und laufendes Wasser am Bauplatz ermöglichen den Akkordanten niedrige Angebote. Gleichzeitig wurde die Gärtnerei und die Anlage einer umfangreichen Baum- und Gesträucheschule in Angriff genommen, und zwar unter Leitung des künftigen Obergärtners. Die Vergebung gärtnerischer Anlagen an einen Unternehmer empfiehlt sich nicht; der künftige Obergärtner hat ein ganz anderes Interesse an der Güte der Ausführung und darum wurden in Eglfing und in Haar die sämtlichen gärtnerischen Anlagen im Eigenbetrieb hergestellt. Beginnt man frühzeitig mit der Anlage einer Baum- und Gesträucheschule, so stehen zum Versetzen in Gärten und Anlagen bereits akklimati-

sierte Pflanzen zur Verfügung, die rascher gedeihen, und die neue Anstalt muß von Anfang an des gärtnerischen Schmuckes nicht entbehren.

Der Beginn der Hochbauten verzögerte sich infolge der allgemeinen Aussperrung im Baugewerbe bis Mitte Juli 1910. Von da an bis Mitte Oktober 1911 wurden sämtliche 35 Gebäude im Rohbau vollendet und innen und außen verputzt.

Zurzeit — Januar 1912 — sind die Installationsarbeiten und der innere Ausbau soweit vorgeschritten, daß der geplante Eröffnungstermin — Oktober 1912 — voraussichtlich sicher eingehalten werden kann.

Vorschlag zur chirurgischen Behandlung entzündlicher Meningitiden und der progressiven Paralyse.

Von Dr. *Arthur Adler*, Nervenarzt in Berlin.

Wie bei der tuberkulösen Peritonitis die breite Eröffnung der Bauchhöhle mittelst Schnitts und Ablaß des Exsudats allein heilbringend wirkt, so würde bei der tuberkulösen, vielleicht auch den andern Formen der Meningitis, es sich empfehlen, den Subarachnoidealraum breit zu eröffnen und das Exsudat abzulassen.

Aber auch bei der progressiven Paralyse, wo die Zerebrospinalflüssigkeit ebenfalls die Charaktere der Entzündung in Gestalt erhöhten Eiweißgehalts und Vermehrung der Lymphozyten aufweist, müßte der Versuch gemacht werden, durch breite Eröffnung des Subarachnoidealraums und Ablaß der entzündlichen Flüssigkeit einer Ausheilung des Krankheitsprozesses die Wege zu ebnen.

An der technischen Ausführbarkeit des Vorschlags ist nach den zur Entfernung von Tumoren innerhalb des Wirbelkanals mit Erfolg ausgeführten chirurgischen Eingriffen nicht zu zweifeln.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt.

Von Privatdozent Dr *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

I. Strafgesetzbuch.

§ 51.

Zur Anwendung von § 51 bedarf es nur der Feststellung eines Zustandes der Willensunfreiheit gegenüber dem konkreten strafbaren Handeln des Täters. Die Auffassung, daß die Feststellung einer völligen und allgemeinen, über die Beziehung zur vorliegenden strafbaren Handlung hinausgehenden Unzurechnungsfähigkeit erforderlich sei, ist rechtsirrtümlich. (RG. III. 31. Januar 1910.)

Jahrb. d. Str.-R.*) 1910 pag. 13.

§ 51.

Die vom Gesetz verlangte Bewußtlosigkeit besteht nicht in einem Zustande völligen Schwindens des Bewußtseins, sondern in einem derartigen Zustande von Bewußtlosigkeit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist. Im Falle von Bewußtlosigkeit infolge Trunkenheit ist daher „sinnlose“ Trunkenheit nicht erforderlich. Der Zustand eines schwer Betrunkenen, in welchem derselbe noch die nicht beeinträchtigte physische Fähigkeit äußeren Handelns besitzt, ist nicht als Beweis gegen das Vorhandensein des Zustandes einer derartigen Bewußtlosigkeit anzusehen. (RMG. II. 13. Januar 1909.)

Jahrb. 1910 pag. 14.

§ 51.

Für das Vorhandensein der Zurechnungsfähigkeit des Täters besteht keine gesetzliche Vermutung. Der Richter hat die Überzeugung von dem Vorhandensein dieser Schuldvoraussetzung ebenso in freier Beweiswürdigung aus dem Ergebnisse der Hauptverhandlung zu schöpfen, wie die von dem Vorhandensein eines jeden anderen Tatbestandsmerkmals. Es genügt nicht, daß ihm der Beweis der Unzurechnungsfähigkeit mißlungen scheint, sondern er darf nur dann verurteilen, wenn er an der Zurechnungsfähigkeit keinen Zweifel hat. (RG. V. 4. März 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 14.

*) Jahrbuch des Strafrechts.

§§ 56, 57.

Bei der Prüfung der geistigen Reife des Angeklagten handelt es sich nicht um die Erweisbarkeit einzelner, der Vergangenheit angehöriger Tatsachen, deren Wahrheit oder Unwahrheit nach Maßgabe der Vorschriften über den Zeugenbeweis festzustellen ist, sondern es hat ausschließlich eine sachverständige, begutachtende Tätigkeit des Gerichts zu erfolgen. Demgemäß muß der Richter auch befugt sein, nach seinem Ermessen zu bestimmen, welche Unterlage er für seine Würdigung für erforderlich und ausreichend erachten will. (RG. I. 26. Jan. 1911.)

D. R.*) Entsch. Nr. 926.

§ 61.

Geistesschwache Personen bleiben, solange sie nicht entmündigt oder unter vorläufige Vormundschaft gestellt sind, geschäftsfähig, auch wenn sie gemäß § 1910 BGB. unter Pflegschaft gestellt werden. Hiernach ist eine geistesschwache Person sowohl selbst wie ihr Pfleger zur Stellung eines Strafantrages binnen der dreimonatlichen Frist berechtigt, der Pfleger aber nicht als gesetzlicher Vertreter einer geschäftsunfähigen Person gemäß § 65 Abs. 2 StGB., sondern als gesetzlicher Vertreter einer geschäftsfähigen Person für diese und aus deren Recht. Daraus folgt, daß die im § 61 StGB. bestimmte Frist in der Person des Pflegers nicht von dessen im Laufe der Frist erfolgten Bestellung an von neuem zu laufen beginnt, sondern nur weiter laufen kann. (RG. IV. 18. März 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 16.

§ 61.

Gegenüber einer geschäftsunfähigen Person läuft überhaupt keine Antragsfrist. Wird ihr zur Antragstellung ein Pfleger bestellt, so hat also zur Zeit der Bestellung jene Frist noch nicht zu laufen begonnen. Die Frist beginnt vielmehr erst mit der Bestellung des Pflegers, auch wenn seit Begehung der Tat mehr als drei Monate bis zu dieser Bestellung verflossen sind. (RG. V. 31. Mai 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 18.

§ 95.

Der Begriff Überlegung verlangt nur eine im Augenblick der Tat vorhandene genügend klare Erwägung über die zur Herbeiführung des gewollten Erfolgs erforderliche Tätigkeit sowie über die zum Handeln drängenden und von diesem abhaltenden Beweggründe, und zwar gleichgültig, ob ein etwa schon vorher gefaßter Entschluß der Tat ebenfalls auf einer derartigen Erwägung beruht oder im Affekt gefaßt war. Ein Prämeditieren, ein Vorausberechnen und Vorherbedenken ist nicht erforderlich, kommt aber als Beweismerkmal in Betracht. (RG. IV. 8. März 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 34.

§§ 120, 121.

Gemeingefährliche Geisteskranke, die in Preußen von der Polizeibehörde in einer Irrenanstalt untergebracht worden sind, sind als Gefangene im Sinne der Strafvorschriften der §§ 120, 121 StGB. zu erachten. (U. d. RG. vom 5. Dezember 1910.)

Entsch. Bd. 44 pag. 171.

§ 123.

Der bewußt wider den Willen des zum Verbote des Eintretens befugten Hausverwalters in ein Gemeindekrankenhaus eintretende Angehörige eines dort untergebrachten Kranken macht sich des Hausfriedensbruchs schuldig. (Dresden, 11. August 1909.)

Jahrb. 1910 pag. 39.

§ 163.

Von einem Zeugen kann nur gefordert werden, daß er die gegen die Zuverlässigkeit seiner Wahrnehmungen etwa sprechenden Umstände ernstlich prüfe; daß er auf Grund seiner Prüfung objektiv richtige Schlüsse ziehe, kann nicht gefordert werden. Hat der Angeklagte sich ernstlich die Frage vorgelegt, ob seine Wahrnehmungen wegen der Entfernung von 130 Schritten unsicher und unbestimmt sein könnten, so hat er die von ihm zu fordernde Sorgfalt angewendet. Ob er durch die von ihm vorgenommene Prüfung in seiner Überzeugung von dem, was er zu sehen geglaubt hat, wankend gemacht werden konnte, hing nicht von seinem Willen, sondern von dem Grade seiner Einsicht und der Beschaffenheit der vorliegenden Sinnestäuschung, also von Umständen ab, die er nicht zu vertreten hat. (RG. II. 21. Januar 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 44.

§ 163.

In gleicher Weise, wie die Unrichtigkeit einer Zeugenaussage dadurch schuldhaft herbeigeführt werden kann, daß vorhandene Hilfsmittel überhaupt nicht benutzt werden, kann eine Fahrlässigkeit auch dadurch begangen werden, daß bei der Benutzung eines Hilfsmittels unvorsichtig zu Werke gegangen wird. Auch in einem solchen Falle kann ohne Rechtsirrtum ein verschuldeter ursächlicher Zusammenhang zwischen der Unvorsichtigkeit bei der Benutzung des Hilfsmittels, mag diese vor oder in dem Vernehmungstermin erfolgt sein, und der unter Eid gemachten

*) Das Recht.

unrichtigen Angabe bei der Zeugenaussage gefunden werden. (RG. IV. 14. Juni 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 45.

§ 175.

Für die Anwendung des § 175 gegenüber dem passiven Teil genügt es, daß dieser auch seinerseits bewußter- und gewolltermaßen zu der beischlafsähnlichen Handlung mitwirkt, sie insoweit selbst vornimmt oder duldet, und zwar in Kenntnis davon, daß der andere dabei in der Absicht der Erregung oder Befriedigung seines Geschlechtstriebes handelt. (RG. III. 5. Januar 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 51.

§ 175.

Darin, daß der Täter das Glied des Mittäters in seinen Mund steckt und längere Zeit daran lutscht, kann der äußere Tatbestand des § 175 gefunden werden. (RG. III. 5. Januar 1910)

Jahrb. 1910 pag. 52.

§ 222.

Wohl kann derjenige, der sich in zulässiger Weise eines ihm als zuverlässig bekannten Vertreters bedient, nicht ohne weiteres strafrechtlich verantwortlich gemacht werden, wenn der Vertreter in Ausführung der ihm übertragenen Geschäfte durch pflicht- und ordnungswidriges Verhalten das Strafgesetz verletzt. Wenn jedoch der Auftraggeber nicht nur das gefahrdrohende, pflicht- und ordnungswidrige Verhalten seines Beauftragten kennt, sondern es mehr oder weniger billigt und selbst an der Ordnungswidrigkeit teilnimmt, so kann er sein eigenes Verhalten nicht mit seinem Vertrauen darauf entschuldigen, daß es dem Beauftragten gelingen werde, sein gefährliches ordnungswidriges Unternehmen durch geeignete Maßregeln so durchzuführen, daß „nichts passieren", d. h. die drohende Gefahr sich nicht verwirklichen werde. (RG. I. 9. Dezember 1909.)

Jahrb. 1910 pag. 71.

§ 223.

Dazu wird ein chronischer Krankheitszustand erfordert, der den gesamten Organismus ergreifend, ein Schwinden der Körperkräfte, Hinfälligkeit zur Folge hat, der nicht unheilbar zu sein braucht, dessen Heilung aber überhaupt oder doch der Zeit nach sich nicht bestimmen läßt. Die Krankheit muß eine solche sein, daß sie den ganzen Menschen schwer benachteiligt. Maßgebend hierfür ist, ob die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Erkrankten oder doch dessen allgemeine Leistungsfähigkeit hierdurch in erheblicher Weise beeinflußt ist. (RG. I. 14. April 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 74.

§ 224.

Ob die Geisteskrankheit unheilbar ist oder noch zur Zeit der Verurteilung besteht, ist gleichgültig. Entscheidend ist, daß der Krankheitszustand längere Zeit hindurch bestanden hat und seine Heilung sich überhaupt nicht oder doch der Zeit nach nicht hat bestimmen lassen. (RG. IV. 16. September 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1447.

§ 224.

Der Begriff des „in Geisteskrankheit verfallen" im Sinne des § 224 StGB. setzt lediglich voraus, daß innerhalb eines längeren Zeitraums nach der Tat die Ungewißheit bestanden hat, ob und wann Heilung möglich sei, wird daher nicht dadurch ausgeschieden, daß zur Zeit der Aburteilung bereits Heilung erfolgt ist, wohl aber dadurch, daß von vornherein feststand, daß die Störung des Geistes nur vorübergehend sein werde. (U. d. RG. vom 16. September 1910.) Entsch. Bd. 44 pag. 59.

§ 257.

Ist der Dieb gemäß § 51 StGB. strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen, so liegt weder eine „strafbare Handlung" im Sinne des § 259 noch ein „Vergehen oder Verbrechen" im Sinne des § 257 StGB. vor. (RG. V. 15. April 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 87.

§ 347.

War der Angeklagte als Krankenwärter einer Irrenanstalt im Staatsdienst angestellt, so kommt es für die Anwendung des § 347 StGB. nicht darauf an, daß die Beaufsichtigung und Bewachung von Gefangenen nicht zu seinen regelmäßigen Amtsgeschäften gehörten, sondern nur darauf, ob ihm in seiner Eigenschaft als Wärter der Irrenanstalt der Gefangene zur Beaufsichtigung und Bewachung übergeben worden war. (RG. III. 2. Oktober 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3589.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Ein Irrenarzt im deutschen Reichstag.** Bei der Reichstagswahl in Münster-Coesfeld ist der im April vorigen Jahres in den Ruhestand getretene Direktor der Provinzialirrenanstalt Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach gewählt worden. Er gehört der Zentrumspartei an.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Gugging.** In der am 27. März 1912 stattgehabten Hauptversammlung des Vereins der in Rangklassen eingeteilten Ärzte der n.-ö. Landes-Wohltätigkeits- und Humanitätsanstalten wurde der Primararzt der Heil- und Pflegeanstalt in Gugging Dr. Anton Hockauf zum Obmann wiedergewählt.

— **Wiesloch** (Baden). Hilfsarzt Dr. Moritz Scheidtmann aus München am 31. Januar 1912 aus dem Anstaltsdienste ausgeschieden, die Hilfsärzte Dr. Johannes Gerich aus Gößnitz am 9. Oktober 1911, Dr. Herbert Kallas aus Lathen am 20. Januar 1912, Dr. Hans Göckel aus Heidelberg am 1. März 1912 in den Dienst der Anstalt eingetreten.

— **Rheinprovinz.** Es wurden versetzt: Anstaltsarzt Dr. Langen von Galkhausen als Oberarzt nach Bedburg, Anstaltsarzt Dr. Räther von Andernach nach Galkhausen, Dr. Recktenwald von Düren nach Galkhausen.

Vorlesestunden für Kranke.

Ein hier und da in Irrenanstalten noch zu wenig benutztes und dabei bildungsförderndes, einfaches, nicht kostspieliges Mittel, unseren Kranken Unterhaltung und Zerstreuung zu gewähren, ihrem oft gar eintönigen Geistesleben Gefühl und Inhalt zu geben, sind Vorlesestunden. Es finden sich in den einzelnen Abteilungen immer ein oder mehrere Patienten, die, wenn es an Pflegepersonal mangelt, das Vorlesen gern übernehmen und auch in der Lage sind es auszuführen, und genug andere, die einen aufmerksamen und verständnisfähigen Zuhörerkreis bilden. Manche Patienten, denen es an Initiative und Ausdauer fehlt, um selbst etwas zu lesen, folgen mit Spannung dem Vorlesen.

So manche Stunde, die wegen schlechten Wetters im Zimmer zugebracht werden muß, mancher Winterabend verfließt schneller, manche Grille und Grübelei wird dadurch zurückgedrängt, manchem törichten Einfall, der nur die Folge von Langeweile, vorgebeugt, (sollte es auch nur eine vorübergehende, „symptomatische“ Wirkung sein), wenn der Geist durch Sichversenken in ein trautes, freundliches Milieu, in eine interessante Schilderung, von der krankhaften Phantasie oder von der rauhen Wirklichkeit abgelenkt wird. Die einzige Schwierigkeit bietet vielleicht die Auswahl der Lektüre. Es wird für den meist aus Personen verschiedenster Bildungsstufen oder von sehr verschiedenem Begriffsvermögen sich zusammensetzenden Zuhörerkreis nicht so leicht eine geeignete Lektüre gefunden. Der Stil muß einfach, schlicht sein, die Erzählung darf nichts Aufregendes, nichts auf Nervenkitzel Berechnetes, auch nichts Trauriges und Schauriges bringen. Der Inhalt muß eine wohltuende, warme Stimmung hervorrufen. Der Kranke muß der Darstellung ohne Anstrengung folgen können und ohne unangenehmen Gemütsbewegungen ausgesetzt zu sein. Natur- sowie Reisebeschreibungen, Schilderungen von Land und Leuten fremder Gegenden und Erdteile, sind außerordentlich geeignet, auch manches kulturhistorische Buch (nicht alle!), ferner kurze Novellen und Erzählungen, auch manche Romane, wenn sie nicht gar zu lang sind, selbstverständlich auch harmlose humoristische Sachen und Anekdoten.

Wir bringen im Nachstehenden ein Verzeichnis solcher Bücher, die für obigen Zweck besonders in Betracht kommen, und glauben damit dem Wunsch und Bedürfnis mancher Anstalt zu entsprechen, der an einer Auswahl gelegen ist. Es sei bemerkt, daß die Bücher von den betr. Verlagsbuchhandlungen selbst vorgeschlagen worden sind, nachdem sie unter Bekanntgabe des Zweckes dazu aufgefordert worden waren. Dieser Weg schien der sicherere; denn es dürfte selbst unter den Literaturkennern von Fach nur sehr wenige geben, welche von unserem Gesichtspunkte und aus den verschiedenen Richtungen der literarischen Erzeugnisse eine brauchbare und hinreichend umfassende Aufstellung von Schriften zu machen sich getrauen. Es wird beabsichtigt, das Verzeichnis fortzusetzen, und sind weitere Vorschläge zu diesem Verzeichnis und überhaupt zu diesem Thema auch aus Anstaltskreisen sehr erwünscht.

Bresler.

I. Humoristisches.

	Mark
v. Adlersfeld-Ballestrem, E., Windbeutel und andere heitere Geschichten. Reclam.	0,20
Cervantes, M. de, Don Quixote, ill. Mörike, Mch. Geb.	3,—
Daudet, A., Tartarin von Tarascon. Bibl. Inst.	0,20

Deutsche Humoristen.

Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg.

1. Band. (Rosegger, Raabe, Reuter, Roderich.) Geb.	1,—
2. Band. (Brentano, E. Th. A. Hoffmann, Zschokke.) Geb.	1,—
3. Band. (Hans Hoffmann, Otto Ernst, Eyth, Böhlau.) Geb.	1,—
4. u. 5. Band. Humoristische Gedichte, I. u. II. Teil. (Busch, Dahn, Falke, Liliencron, Keller, Scheffel u. a.) Geb. je	1,—
6. Band. (E. Th. A. Hoffmann, Arnim, Vischer, Bayersdorfer, Urban, Thoma.) Geb.	1,—

Mark

Greinz, Rud., Lustige Tiroler Geschichten. Reclam. Geb. 0,60

Groller, Bald., Vom kleinen Rudi. Reclam. Geb. 0,60

Groth, E. J., Die Kuhhaut. Ill. Humoreske. Verl. d. Deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,15 M., geb. 0,40

Habberton, J., Helenens Kinderchen. Bibl. Inst. 0,20

Habberton, J., Helenes Kinderchen. Humoreske. Reclam. Geb. 0,80

Herrmann, L., Lustige Leier, Gedichte. A. Hofmann & Co., Bln. Geb. 2,25

Huch, Fr., Peter Michel. Ein komischer Roman. Mörike, Mch. Geb. 2,—

Humor, Deutscher, Schwänke und Erzählungen aus älteren Zeiten. Bibl. Inst. 0,20

Jacobs, W. W., Seemannshumor. Geschichten und Schwänke von der Wasserkante. 1. Sammlung. Lutz, Stuttg. 2,50 M., geb. 3,50

Jahnke, Herm., Hohenzollern-Anekdoten. Lutz, Stuttg. 2 M., geb. 3,—

Junkermanns, A., Humoristikum, Heitere Vortragsstücke. Levy Müller, Stuttgt. 3,—

Koppen, L., Heitere Bilder aus dem Bodenstedter Pfarrhause. Trowitzsch & Sohn, Bln. 2,40 M., geb. 3,—

Kortum, C. A., Die Jobsiade, Komisches Heldengedicht. Reclam. Geb. 1,—

Kuntze, G., Napoleon-Anekdoten. Lutz, Stuttg. 2,— M., geb. 3,—

Ludwig, O., Aus dem Regen in die Traufe. Ill. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,25 M., geb. 0,55

Pistorius, Fr., Dr. Fuchs und seine Tertia. Heitere Bilder von der Schulbank. Trowitzsch & Sohn, Bln. 2,40 M., geb. 3,—

Pötzl, Ed., Der Herr von Nigerl und andere humorist. Skizzen. Reclam. Geb. 0,80

Reuter, Fr., Dörchläuchting. Reclam. Geb. 0,80

Schaeffer, H., Auf der Walze. Des Deutschtums Werdegang von der Völkerwanderung bis zu unseren Tagen. Lust. Gedichte, ill. A. Hofmann & Co., Bln. 2,— M., geb. 2,75

Schaeffer, H., Die alten Germanen. Ein fröhlicher Sang aus der Väter Zeit. Ill. A. Hofmann & Co., Bln. 2,— M., geb. 2,75

Schaeffer, H., Leute von heute. Lustige Gedichte. Ill. A. Hofmann & Co., Bln. 2,— M., geb. 2,75

Schaumberger, H., Bergheimer Musikanten-Geschichten. Heit. Bilder a. d. oberfränk. Volksleben. Reclam. Geb. 1,—

Schmidt-Hennigker, Friedr., Bismarck-Anekdoten. Lutz, Stuttgt. 2,50 M., geb. 3,50

Schmidt-Hennigker, Friedr., Humor Friedrichs des Großen. Lutz, Stuttgt. 2,— M., geb. 3,—

Sommerstorff, O., Scherzgedichte. A. Hofmann & Co., Bln. Geb. 2,50

Till Eulenspiegel. Bibl. Inst. 0,20

Mark

Tillier, Cl., Mein Onkel Benjamin. Roman. Bibl. Inst. 0,30

Twain, Mark, Erzählungen und Plaudereien. Bibl. Inst. 0,30

Twain, Mark, Skizzenbuch. (Humoristische Schriften, Bd. III.) Lutz, Stuttg. 1,80 M., geb. 2,50

Twain, Mark, Reisebilder, und verschiedene Skizzen. (Humorist. Schriften, Bd. VI.) Lutz, Stuttgt. 1,80 M., geb. 2,50

v. Winterfeld, A., Alte Zeit oder Die vier Töchter des Rittmeisters Schimmelmann. Komischer Soldatenroman. Ill. Costenoble, Jena. 3,— M., geb. 4,—

II. Romane. Novellen. Volkserzählungen. Märchen. Gedichte.

Mark

Alexis, W., Die Hosen des Herrn von Bredow. Vaterländ. Roman. Reclam. Geb. 1,—

Algenstädt, L., Von Amts wegen. Roman. Räde, Alt. 4,— M., geb. 5,—

Algenstädt, L., Was die Erde gab. Janke, Bln. 2,—

Andersen, H. C., Bilderbuch ohne Bilder. Bibl. Inst. 0,10

Andrae, H., Der Sonne entgegen. Erzählung. Räde, Alt. 2,20 M., geb. 3,—

Anzengruber, Lud., Der Erbonkel u. and. Geschichten. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtn.-Stiftg. 0,25 M., geb. 0,55

Baltzer, J., Heimatbilder. Clauß & Feddersen, Hanau. 3,50 M., geb. 4,50

Bergener, O., Die Heidemühle. Janke, Bln. 4,—

Berkon, K., Die wilde Rose. Janke, Bln. 2,—

Brayvogel, A. E., Triedemann Bach, Janke, Bln. 2,—

Burmester, M., Gottfried Rissoms Haus. Roman. Clauß & Feddersen, Hanau. 3,— M., geb. 4,—

Burnett, F. H., Der kleine Lord Fauntleroy. Bibl. Inst. 0,30

Christaller, H., Aus niederen Hütten. Salzer, H. 2,— M., geb. 3,—

Christaller, H., Meine Waldhäuser. Erz. Salzer, H. 2,— M., geb. 3,—

Daudet, A., Fromont jun. u. Risler sen. Bibl. Inst. 0,40

Dickens, Ch., Das Heimchen am Herde. Bibl. Inst. 0,20

Dickens, Ch., Oliver Twist. Roman. Reclam. Geb. 1,20

Dickens, Ch., Die Sylvesterglocken. Bibl. Inst. 0,20

Dose, Johs., Einer von Anno Dreizehn. Roman aus der Zeit der Befreiungskriege. 2 Bände. Räde, Alt. 6,— M., geb. 7,50

Dose, Johs., Luthergeschichten. Räde, Alt. Geb. 2,60

Dose, Johs., Der Muttersohn. Roman. Räde, Alt. 4,— M., geb. 5,—

Mark

Dose, Johs., Pastor und Lehrer. Erzählung. Räde, Alt. 5,— M., geb. 6,—
v. Ebner-Eschenbach, M., Die Freiherren von Gemperlein. Ill. Verlag der deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,20 M., geb. 0,50
Ey, Ad., Aus allerlei Schubladen. Gedichte. A. Hofmann & Co., Bln. Geb. 2,50
Ey, Ad., Gedichte eines Großvaters. A. Hofmann & Co., Bln. Geb. 2,50
Die Fahrt ins Wunderbare. Die schönsten Märchen deutscher Dichter. Ill. Mörike, Mch. Geb. 2,80
Feddersen, F. A., Erzählungen eines Dorfpredigers. I. u. II. Bd. Clauß & Feddersen, Hanau. à 1,50 M., geb. à 2,50
Finckh, Ludw., Rapunzel. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtn.-Stift. Geb. 1,75
Fischer, K., Der Schatzgräber, Volkserzählung. E. F. Thienemann, Gotha. 4,50 M., geb. 5,50
Fischer, K., Zwergröschen u. and. Geschicht. Ill. E. F. Thienemann, Gotha. Geb. 3,—
Fouqué, Fr. de la Motte, Undine. Erzählung. Bibl. Inst. 0,10
Goldsmith, O., Der Landprediger von Wakefield. Bibl. Inst. 0,30
v. Goethe, J. W., Aus meinem Leben, Dichtung und Wahrheit. Ill. Mörike, Mch. Geb. 2,—
Grimmelshausen, Abenteurer des dreißigjährigen Krieges. (Simplicius Simplicissimus; Die Landstörtzerin Courasche; Der seltsame Springinsfeld.) Mörike, Mch. Geb. 3,—
Günther, R., Der heilige Garten. Ein Hausbuch relig. Lyrik. Salzer, H. Geb. 3,—
Hebel, J. P., Vom rheinisch. Hausfreund, Gedichte, Geschichten und Belehrungen. Verl. d. Jugendblätter, Mch. Geb. 1,50
Hesekiel, L., Unterm Sparrenschild. Janke, Bln. 2,—
Hesselbacher, K., Silhouetten neuerer badischer Dichter. Salzer, H. 3,50 M., geb. 4,50
Hirschberg-Jura, R., Primanerliebe. Janke, Bln. 3,—
Hoffmann, Fr., Ausgewählte Erzählungen für die Jugend. Ill. Schmidt & Spring, Lpzg. 5 Bände à 2 50 M., geb. 3,—
Hofmann, E., Baroneß Steffi. Roman, ill. Abel & Müller, Lpzg. 3,— M., geb. 4,—
Hofmann, E., Muschi. Roman, ill. Abel & Müller, Lpzg. 3,— M., geb. 4,—
Jahnke, Herm., Im Weltwinkel, Leben und Streben eines ostmärk. Bauernjung. Ill. Abel & Müller, Lpzg. Geb. 3,60
Jung-Stillings, Lebensgeschichte. Reclam. Geb. 1,50
Koppen, L., Kleinstadtzauber. Trowitzsch & Sohn, Bln. 2,40 M., geb. 3,—
v. Kügelgen, W., Jugenderinnerungen eines alten Mannes. Reclam. Geb. 1,50
Kühl, Thusnelda, Der Lehnsmann von Brösum. Roman. Costenoble, Jena. 3,50 M., geb. 4,50
Ludwig, Otto, Die Heiterethei und ihr Widerspiel. Erzählungen. Reclam. Geb. 1,—

Mark

Meyr, M., Regine, Erzählung aus dem Ries. Reclam. Geb. 0,80
Mikszáth, Kol., Der wundertätige Regenschirm. Erzähl. Reclam Geb. 0,80
Mörike, Ed., Das Stuttgarter Hutzelmännlein. Märchen. Reclam. 0,20
Mosen, Jul., Bilder im Moose. Novellen. Reclam. Geb. 1,—
Musikergeschichten. (v. Söhle, Bartsch, Schmidtbronn, Wolzogen.) Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. Geb. 1,—
Nithack-Stahn, W., Zwei Frauen. Roman. J. Frickes Verlag, Halle. Geb. 4,—
Nithack-Stahn, W., Der Mittler. J. Frickes Verlag, Halle. Geb. 4,50
v. Oeynhausen, A., Während Mamas Badereise u. and. Geschichten. Clauß & Feddersen, Hanau. Geb. 3,—
Oeser, H., Stille Leute. Salzer, H. Geb. ca. 2,60
Pederzani-Weber, J., Das Buch von der Mutterliebe. Ill. Schmidt & Spring, Lpzg. Geb. 3,—
Pellico, S., Meine Kerkerhaft. Bibl. Inst. 0,30
Pistorius, Fritz, Von Jungen, die werden. Trowitzsch & Sohn, Bln. 2,40 M., geb. 3,—
Reuter, Fr., Meine Vaterstadt Stavenhagen. Reclam. Geb. 0,80
Rosegger, P., Geschichten und Gestalten aus den Alpen. Geb. 0,60
Rosegger, P. (Pseudon. Hans Malser), Vom Kreuzweg des Lebens. Novellen. Levy & Müller, Stuttgt. 3,—
Rosegger, P., Wie sie lieben und hassen. Janke, Bln. 1,—
Schieber, A., Alle guten Geister. Salzer, H. 4,— M., geb. 5,—
Schieber, A., Wanderschuhe u. and. Erzähl. Salzer, H. 2,50 M., geb. 3,50
Schmitthenner, A., Die Frühglocke. Ill. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,20 M., geb. 0,50
Scholz, W., Bardenwerper. Janke, Bln. 3,—
Schücking, L., Die drei Großmächte. Ill. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,25 M., geb. 0,55
Schwaben im Osten. Ein deutsches Dichterbuch aus Ungarn. Salzer, H 3,— M., geb. 4,—
Sick, J. M., Glocken läuten . . . Ungleich, Lpzg. 3,80 M., geb. 5,—
Sieben Schwaben. Ein neues Dichterbuch von Flaischlen, Finckh, Hesse u. a. Salzer, H. 2,60 M., geb. 3,50
Souvestre, E., Am Kamin. Bibl. Inst. 0,10
Spielhagen, Fr., Hans und Grete. Ill. Novelle. Verl. d. deutsch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,40 M., geb. 0,75
Stifter, Ad., Bergkristall. Bibl. Inst. 0,10
Stifter, Ad., Brigitta. Bibl. Inst. 0,10
Stifter, Ad., Bergkristall. Brigitta. Zwei Erzählungen. Reclam. 0,20
Stifter, Ad., Bunte Steine. Ill. Verl. d. Jugendblätter, Mch. Geb. 1,50

Mark

Stifter, Ad., Der Hagestolz. Erz. Reclam. 0,20
Supper, A., Da hinten bei uns. Erzählung. Salzer, H. 2,20 M., geb. 3,-
Supper, A., Leut. Erzähl. Salzer, H. 2,20 M., geb. 3,—
Swift, J., Gullivers Reise nach Lilliput. Bibl. Inst. 0,10
Trojan, Joh., Kleine Bilder, Ernstes und Heiteres. A. Hofmann & Co., Bln. 1,50 M., geb. 2,—
Trojan, Joh., Von Drinnen und Draußen, Gedichte. A. Hofmann & Co., Bln. 1,50 M., geb. 2,—
Trojan, Joh., Von Strand und Heide, und andere Skizzen. A. Hofmann & Co., Bln. 1,50 M., geb. 2,—
Turgeniew, I., Frühlingswogen. Janke, Bln. 1,50
Ulrich, H. H., Ich hatt' einen Kameraden. Janke, Bln. 1,—
Villinger, H., Leodegar, der Hirtenschüler. Ill. Verl. d. deusch. Dichter-Gedächtnis-Stiftg. 0,20 M., geb. 0,50
Winterfeld-Warnow, E. v., Geschichten aus alten Schlössern. Janke, Bln. 1,—
Winterfeld-Warnow, E. v., Deutsche Frauen in schwerer Zeit. Janke, Bln. 2,—
Wollschlaeger, H., Sommerferien in Tirol. Janke, Bln. 0,50 M., geb. 1,—
Zagory, E. H. v., Aus dem Leben eines Weihnachtskindes. Ungleich, Lpzg. 3,— M., geb. 4,—
Zobeltitz, F. v., Unter dem roten Adler. Janke, Bln. 1,—
Zobeltitz, H. v., Die ewige Braut. Roman. Ill. (Bd. 2 der „Illustr. Romane", von denen 10 Bände erschienen sind. Prospekt durch den Verlag.) Costenoble, Jena. 2,40 M., geb. 3,—

III. Geschichtliches, Kulturgeschichtliches, Biographisches.

Mark

Die Bayern im Kriege seit 1800. Taten und Kriegserlebnisse bayer. Kämpfer. Ill. Volksausgabe. Verl. d. Jugendblätter, Mch. Geb. 2,50
Dittrich, M., Feldmarschall Graf Moltke. Bibl. Inst. 0,20
Feldhaus, Fr., Deutsche Erfinder. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 4,—
Hahn, W., Deutsche Charakterköpfe, E. M. Arndt, J. G. Fichte, Hans Joachim v. Zieten, Friedrich Wilhelm als Kronprinz, Königin Louise. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 3,—
Köppen, Fed. v., Das deutsche Reich. Volks- und Vaterlandskunde. Ill. Abel & Müller, Lpzg. Geb. 4,—
Kugler, Fr., Geschichte Friedrich des Großen. Reclam. Geb. 1,50
Lienhard, Fr., Der Raub Straßburgs. Geschichtl. Erzähl. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 2,—

Mark

Ohorn, A., Unser Schiller. Lebensbild. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 3,—
Thoma, Albr., Johannes Gutenberg, der Erfinder der Buchdruckerkunst. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 4,—
Vom Aufgang neuer Zeit. 3 Selbstbiographien aus dem Reformationszeitalter. Mörike, Mch. Geb. 2,—
Weitbrecht, R., Prinz Eugen und seine Getreuen. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 3,—

IV. Reisen und Abenteuer. Geographisches.

Mark

Bluth, H., Wandervögel. Bilder u. Gedanken aus Amerika und China. Ill. Weicher, Bln. 2,— M., geb. 2,80
Cook, Fred. A., Die erste Südpolarnacht. 1898—99. Ill. Koesel, Kempten. 8.— M., geb. 10,—
Forster, G., Ansichten vom Niederrhein von Brabant, Flandern, Holland usw. Bibl. Inst. 0,80
Jäckh, E., Im türkischen Kriegslager durch Albanien. Salzer, H. 3,— M., geb. 4,—
Janke, O., Nordpolfahrten. Ill. Weicher, Bln. Geb. 2,20
Kirchhoff, Alfr., Die deutschen Landschaften und Stämme. Bibl. Inst. 0,30
Landor-Hedin, Auf unbekannten Wegen. Reisen in Tibet und in den Wüsten Mittelasiens. Ill. Weicher, Bln. 2,— M., geb. 2,60
Lang, G., Mit Ränzel und Wanderstab. Schülerwanderungen durch deutsches Land. Ill. Dietrich, Mch. Geb. 4,—
Lohmeyer-Wislicenus, Auf weiter Fahrt. Selbsterlebnisse zur See und zu Lande. Ill. Volksausgabe. V. u. VI. Bändchen. „Heimat und Welt"-Verlag, Bln. Geb. je 1,—
Schindler, W., Skizzen aus dem Elbsandsteingebirge. Bibl. Inst. 0,30
Schkopp, Eb. v., Kameruner Skizzen. Winckelmann & S., Bln. 2,25 M., geb. 3,—
Schkopp, Eb. v., Kameruner Bananen. Fortsetz. d. „Kameruner Skizzen". Winckelmann & S., Bln. 2,25 M., geb. 3,—
Skowronnek, Fritz, Mit Büchse und Angel. Janke, Bln. 1,— M., geb. 1,80
Skowronnek, Fritz, Bei den Wölfen der Bjelowjcsa. Janke, Bln. 1,— M., geb. 1,80
Steffen, Jonk, Okowi — ein Hererospion? Gesch. a. d. südwestafrik. Kriege. Ill. Weicher, Bln. Geb. 3,60
Stieglitz, H., Bilder des Orients. Bibl. Inst. 0,70
Tiedemann, Ad. v., Aus Busch und Steppe. Afrikan. Expeditionsgeschichten. Ill. Winckelmann & S., Bln. 3,— M., geb. 4,—
Tiedemann, Ad. v., Salzwasser und Brise. Briefe von einer Segelreise um Cap Horn. Ill. Winckelmann & S., Bln. 1,50 M., geb. 2,25
Wiemann, B., Bosnisches Tagebuch. Ill. Koesel, Kempten. 3,50 M., Geb. 4,50

V. Naturwissenschaftliches.

Brehms Tierleben. Bibl. Inst.

	Mark
Die Bären.	0,20
Die Elefanten.	0,10
Die Fische.	0,10
Die Haushunde.	0,20
Die Insekten.	0,10
Kriechtiere und Lurche.	0,10
Löwe und Tiger.	0,10
Die Menschenaffen.	0,20
Die Pferde und Esel.	0,10
Die Rinder.	0,20
Die Säugetiere.	0,10
Die Vögel.	0,10
Die Wild- und Hauskatzen.	0,10
Goll, Fr., Bilder aus der Natur. Naturkundl. Schilderungen. Ill. Verl. d. Jugendblätter, Mch. Geb.	2,—
Humboldt, A. v., Ansichten der Natur. Bibl. Inst.	0,60
Meyer, M. W., Die Kometen und Meteore. Bibl. Inst.	0,20
Neumayr, Die Erde im Weltraume. Bibl. Inst.	0,20
Ranke, Joh., Diluvium und Urmensch. Bibl. Inst.	0,30
Ratzel, Fr., Grundzüge der Völkerkunde. Bibl. Inst.	0,30

VI. Zeitschriften.

Meggendorfer Blätter, Zeitschrift für Humor und Kunst. Schreiber, Eßlingen a. N. 3,— vierteljährlich.

Reclams Universum. Reclam, Leipzig. Heft 35 Pf.

Einen sehr gediegenen Katalog über feine Juwelen, Gold- und Silberwaren gibt die Firma **E. Sommer Inh. Hch. Rupp, Stuttgart-Cannstatt** heraus, eine angenehme und wirklich dezente Abwechslung auf einem Gebiet, auf welchem wir bisher nur die Versandkataloge über kurante Bijouterie kennen lernten. Die seit über 40 Jahren bestehende Firma kauft ihre Steine und Perlen direkt von den Steinschleifern und läßt ihre Juwelenstücke durch erste Hanauer Juweliere an Hand von Zeichnungen anfertigen. Dadurch und infolge Engros-Einkaufs für ihr überseeisches Haus bietet sie ihrer weitverbreiteten Kundschaft die nicht zu unterschätzenden Vorteile, garantiert gediegenes Material in tadelloser, künstlerischer Ausführung zu niedrigsten Preisen aus erster Hand zu beziehen. Der Katalog wird jedem Interessenten kostenlos zugesandt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr 823.

Nr. 2 | 13. April | 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Urteil des Kgl. preussischen Kammergerichts betr. § 672 Abs. 3 ZPO.*)

In Sachen des Ingenieurs K. A. W., zuletzt in Ch. jetzt im Auslande sich aufhaltend, Klägers, Antragstellers und Berufungsklägers gegen den Herrn Staatsanwalt beim Kgl. Landgericht Beklagten, Antragsgegner und Berufungsbeklagten, wegen Erlasses einer einstweiligen Verfügung hat der 23. Zivilsenat des Kgl. Kammergerichts in Berlin auf die mündliche Verhandlung vom 9. Februar 1911 für Recht erkannt:

Das am 30. Dezember 1910 verkündete Urteil des Kgl. Landgerichts III in Berlin wird dahin abgeändert:

Im Wege der einstweiligen Verfügung wird hierdurch für die Dauer des Anfechtungsprozesses — 25. R. 517. 10 — angeordnet:

1. Dem Vormunde wird verboten, den Kläger in der Wahl seines Aufenthalts zu beschränken, und der Kläger ist frei in der Wahl seines Aufenthalts.

2. Dem Vormunde wird geboten, dem Kläger aus den Einkünften des Mündelvermögens mindestens monatlich 600 Mark für die Zeit vom 9. Februar 1911 ab im Voraus zu verabfolgen.

Die weitergehenden Anträge werden abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens werden der Staatskasse auferlegt.

Tatbestand.

Der Ingenieur K. A. W. zu Ch, der zeitweise in der Anstalt des Sanitätsrats Dr. W. in W. untergebracht war, ist auf Antrag seiner — inzwischen gestorbenen — Ehefrau E. W. durch Beschluß des Kgl. Amtsgerichts in Ch. vom 16. September 1910 wegen Geisteskrankheit entmündigt. Demgemäß ist in den Akten 32 W. VII, 653 eine Vormundschaft gegen ihn eingeleitet worden. Der Entmündigte hat, nachdem er aus der W.schen Anstalt entwichen war, gegen die Staatsanwaltschaft beim Kgl. Landgericht . . . die Anfechtungsklage erhoben und im Verhandlungstermin, den 30. Dezember 1910, die Erlassung einer einstweiligen Verfügung des Inhalts beantragt, daß der ihm bestellte Vormund abgesetzt werde. Der Vertreter der Staatsanwaltschaft hat um Zurückweisung des Antrages gebeten. Darauf hat das Landgericht durch Urteil vom 30. Dezember 1910 den Antrag des Entmündigten als unzulässig kostenpflichtig zurückgewiesen. Der Kläger und Antragsteller hat gegen dies Urteil, auf dessen vorgetragenen Inhalt im übrigen Bezug genommen wird, frist- und formgerecht Berufung eingelegt und folgende Anträge verlesen: in erster Linie — dem Antrage erster Instanz auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung stattzugeben eventl. zu beschließen, daß dem Vormunde die Sorge entweder für die Person oder das Vermögen des Entmündigten einstweilen zu entziehen, eventualissime zu beschließen, daß dem Entmündigten zurzeit seine Freiheit zu lassen und ihm monatlich 1000 M. aus seinen Einkünften zu überlassen seien. Der Vertreter des in der Berufungsinstanz zuständigen Oberstaatsanwalts hat beantragt, die Berufung zu verwerfen. Der Kläger hat zur Begründung der Berufung den wesentlichen Inhalt folgender Schriftstücke vorgetragen: . . . und erklärt, daß er die Klage und den Antrag auf einstweilige Verfügung gegen den Staatsanwalt, nicht gegen die Staatsanwaltschaft richte. Er hat ferner zur näheren Begründung und Erläuterung seiner Anträge folgendes an- und ausgeführt: Der Entmündigungsbeschluß werde durch seine Unter-

*) Vom Herrn Präsidenten des Kammergerichts zum Abdruck überlassen, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei. Red.

lagen nicht gerechtfertigt. Der Kläger sei zur Zeit des Erlasses desselben geschäftsfähig gewesen und auch jetzt nicht nur geschäftsfähig, sondern auch geistig vollständig gesund. Wenn er, was er bestreite, zur Zeit des Erlasses des Entmündigungsbeschlusses geistig nicht ganz normal gewesen sein sollte, so hätte dieser Zustand doch seine Entmündigung nicht rechtfertigen können. Nicht jede Form der Geisteskrankheit, sondern nur eine solche Geisteskrankheit, die die Geschäfts- und Dispositionsfähigkeit ausschließe, rechtfertige die Entmündigung. Der Kläger leide sehr unter den Folgen der Entmündigung. Er halte sich im Auslande auf und trage Bedenken, seine Adresse anzugeben, weil er dauernd befürchte, daß der Vormund ihn zwangsweise wieder in einer Anstalt unterbringen lassen werde, sobald er seinen Aufenthaltsort erfahre. Der Vormund zahle auch dem Kläger nicht direkt Alimente aus dessen Vermögen, sondern habe bisher monatlich 600 M. an den Prozeßbevollmächtigten des Klägers gezahlt, der sie dem Kläger übermittele. Eine Gewähr für die Weiterzahlung dieser Beträge bestehe nicht. Der Kläger habe behufs Erhaltung seiner geistigen Gesundheit ein dringendes Interesse daran, daß er von der ständigen Furcht, wieder eingesperrt zu werden, befreit und durch eine gesicherte Zahlung fortlaufender ausreichender Alimente in den Stand gesetzt werde, standesgemäß zu leben und diejenigen Ausgaben zu bestreiten, die er zur Wiedererlangung seiner rechtlichen Selbständigkeit und seiner persönlichen Freiheit aufwenden müsse. Ausweislich der Vormundschaftsakten betrügen die Einkünfte seines Vermögens mehr als 10000 M. jährlich, deren Verwendung im Interesse des Klägers deshalb keinem Bedenken unterliege, weil er kinderlos und seine Ehefrau nicht mehr am Leben sei. Der Zweck der beantragten einstweiligen Verfügung gehe dahin, irgendwelche gerichtliche Maßregeln zum Schutze der Person und des Vermögens des Klägers zu erhalten. Seine Anträge seien nur dazu bestimmt, als Handhaben für das Gericht zu dienen und die Richtung anzugeben, in der er die Schutzmaßregeln erbitte. Er sehe jede Maßnahme, die das Gericht gemäß §§ 672 Abs. 3, 938 ZPO. als zweckdienlich erachte, als seinem Antrage entsprechend an. Der Prinzipalantrag bezwecke nur, daß der Vormund einstweilen außer Tätigkeit gesetzt werde.

Ein Urteil ist im gegenwärtigen Rechtsstreit über die Hauptsache noch nicht erlassen.

Die Akten 28 E. 13/10, 32 W. VII 653 und 32 VI, 56/10 lagen vor und ihr Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht. Auf diese Akten und auf die vorstehend bezeichneten Schriftstücke wird verwiesen. Dem Berufungsgericht ist auch der Inhalt des Beschlusses vom 29. Nov. 1910, 25 R. 280/10, auf den im angefochtenen Urteil hingewiesen ist, vorgetragen. Der Vertreter des Herrn Oberstaatsanwalts erklärte, daß er nichts anzuführen habe.

Entscheidungsgründe.

Das Landgericht erachtet den Erlaß einer einstweiligen Verfügung des angegebenen Inhalts im gegenwärtigen Abschnitt des Anfechtungsprozesses überhaupt für unzulässig, weil die nach der Sondervorschrift des § 672 Satz 3 ZPO. zulässigen einstweiligen Verfügungen erst nach Verkündung eines den Entmündigungsbeschluß aufhebenden — noch nicht rechtskräftigen — Urteils erlassen werden durften, die allgemeinen Bestimmungen der §§ 935, 940 ZPO. nach deren Inhalt den Antrag des Klägers nicht rechtfertigen könnten und der Antrag, insoweit er sich gegen die Staatsanwaltschaft richte, rechtlich unzulässig sei, da nicht „die Staatsanwaltschaft", sondern „der Staatsanwalt" mit der Anfechtungsklage anzugreifen sei. Der letztere Abweisungsgrund erscheint verfehlt. Es ist zwar richtig, daß nach dem Wortlaut des § 666 ZPO. die Anfechtungsklage und somit auch die im Vorverfahren auf erhobene Anfechtungsklage gestellten Anträge auf Erlaß einstweiliger Verfügungen gegen den Staatsanwalt zu richten sind. Andererseits ist aber mit der Bezeichnung der Staatsanwaltschaft als Beklagten offenbar der zuständige Staatsanwalt gemeint. Denn der Staatsanwalt ist der Vertreter derjenigen Staatsbehörde, welche die Interessen des Staates in Entmündigungssachen wahrzunehmen hat. Es wird denn auch in der Begründung zum Entwurf einer Zivilprozeßordnung zu §§ 574 bis 576 des Entwurfs von der Mitwirkung der Staatsanwaltschaft und in der Justizministerial-Verfügung vom 28. Nov. 1899 — J. M. B. 388 — „betreffend das Verfahren bei Entmündigungen wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche" fast ausnahmslos von der Staatsanwaltschaft als derjenigen Stelle gesprochen, welche im Interesse des Staates in Entmündigungssachen mitzuwirken hat.

Abgesehen hiervon hätte das Landgericht, wenn es aus der Bezeichnung des Beklagten ein Bedenken herleiten wollte, von Amts wegen durch Ausübung des Fragerechts auf eine seiner Ansicht nach richtige Bezeichnung des Gegners des Klägers hinwirken müssen (§§ 139, Abs. 2, 56 ZPO.). Außerdem ist diesem Abweisungsgrunde dadurch der Boden entzogen, daß der Kläger zulässigerweise in der Berufungsinstanz im Anschluß an den Wortlaut des

§ 666 cit. erklärt hat, daß er die Klage und seine Anträge gegen den Staatsanwalt richte (§§ 253, Nr. 1, 268, Nr. 1 ZPO. J. W., 1903, 4 [8]). Dagegen ist dem Landgericht darin beizustimmen, daß die §§ 935, 940 ZPO. allein den Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung nicht stützen können, weil in einem auf Aufhebung des Entmündigungsbeschlusses gerichteten Anfechtungsprozesse weder ein Streitgegenstand im Sinne des § 365 cit. noch ein streitiges Rechtsverhältnis im Sinne des § 940 cit. vorhanden ist. Der Kläger gründet denn auch seine Anträge nicht auf diese Vorschriften allein, sondern auf die Bestimmung des § 672, Satz 3 ZPO. in Verbindung mit §§ 936 bis 944 ZPO.

Das Landgericht legt den § 672 ZPO., welcher vollständig wörtlich lautet:

„Wird die Anfechtungsklage für begründet erachtet, so ist der die Entmündigung aussprechende Beschluß aufzuheben. Die Aufhebung tritt erst mit der Rechtskraft des Urteils in Wirksamkeit. Auf Antrag können jedoch zum Schutze der Person oder des Vermögens der Entmündigten einstweilige Verfügungen nach Maßgabe der §§ 936 bis 944 getroffen werden" —, dahin aus, daß der Satz 3 dieses Paragraphen einstweilige Verfügungen zu dem darin angegebenen Zwecke erst dann zulasse, nachdem die Anfechtungsklage durch ein noch nicht rechtskräftiges Urteil für zulässig erachtet worden ist. Es beruft sich hierfür auf den Kommentar von Gaupp-Stein, in welchem in der 8. und 9. Aufl. zu § 672 ZPO. gesagt ist: „Das Urteil darf nicht für vorläufig vollstreckbar erklärt werden. Dagegen ist dem Gericht die Befugnis eingeräumt, auf Antrag die Person und das Vermögen des Entmündigten in der Zwischenzeit durch einstweilige Verfügungen zu schützen, z. B. seine Entlassung aus der Irrenanstalt anzuordnen."

Der Kommentar von Struckmann-Koch spricht sich in der 9. Auflage zu § 672 ZPO. dahin aus: „Satz 3 gibt einen Ersatz für die vorläufige Vollstreckbarkeit." Im Kommentar von Petersen-Anger ist in Anmerkung 3 zu § 672 ZPO. vermerkt: „Ein solches Urteil darf hiernach nicht für vorläufig vollstreckbar erklärt werden. Mit Rücksicht darauf dürfen Person und Vermögen des Entmündigten durch einstweilige Verfügung geschützt werden, die vom Prozeß- oder Amtsgericht getroffen werden." Hiernach mag es vielleicht scheinen, als ob diese drei Kommentatoren die Rechtsansicht vertreten, daß die in § 672, Satz 3 ZPO. zugelassenen einstweiligen Verfügungen die Verkündung eines, den Entmündigungsbeschluß aufhebenden Urteils im Anfechtungsprozesse voraussetzen, weil sie einen Ersatz für die fehlende vorläufige Vollstreckbarkeit des Aufhebungsurteils bilden sollen. Die Judikatur hat, abgesehen von dem später zu erwähnenden Urteil des erkennenden Senats, soweit ersichtlich, zu der Auslegung des § 672, Satz 3 cit. bisher noch nicht Stellung genommen.

Das Berufungsgericht vermag sich der vom Landgericht in anscheinender Übereinstimmung mit den genannten Kommentaren vertretenen Rechtsauffassung, die sich im wesentlichen auf die Stellung der genannten Vorschrift im Gesetz stützt, nicht anzuschließen, weil die Entstehungsgeschichte und der Zweck dieser Gesetzesbestimmung das Gegenteil ergeben. Die in Rede stehende Vorschrift befindet sich schon als Satz 3 des § 613 in der Zivilprozeßordnung vom 30. Januar 1877, deren Abs. 1 des § 613 mit dem jetzigen § 672 wörtlich gleichlautend ist, und verdankt ihren Ursprung den Anträgen der Abgeordneten Dr. Bähr und Becker. Ausweislich der Protokolle der Kommission erster Lesung hat der Abg. Dr. Bähr zu § 568 der Kom.-Vorl. § 613 d. Ges. folgenden § U 1 beantragt:

„Die Anfechtungsklage hat für die Tätigkeit der Vormundschaftsbehörde und des bestellten Vormundes keine aufschiebende Wirkung. Auf Antrag können jedoch einzelne, die Personen oder das Vermögen des Entmündigten betreffende Maßnahmen durch Beschluß des Prozeßgerichts eingehalten werden. Wird infolge der Anfechtungsklage die Entmündigung aufgehoben, so bleiben die vom Vormund vorgenommenen Handlungen dritten gegenüber rechtswirksam."

Dieser Antrag wurde in erster Lesung zurückgestellt, da er noch nicht gedruckt vorlag und die Kommission ihm große Wichtigkeit beimaß. In der zweiten Lesung beantragte der Abg. Becker als § U 1 folgende aus zwei Absätzen bestehende Bestimmung einzuschalten:

„Wird die Anfechtungsklage für begründet erachtet, so ist der die Entmündigung aussprechende Beschluß aufzuheben.

Die Aufhebung tritt erst mit der Rechtskraft des Urteils in Wirksamkeit. Auf Antrag können jedoch zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten einstweilige Verfügungen nach Maßgabe der §§ 760 bis 767 getroffen werden.

Die Aufhebung hat zur Folge, daß die Gültigkeit der bisherigen Handlungen des Entmündigten auf Grund des Beschlusses, welcher die Entmündigung ausgesprochen hatte, nicht in Frage gestellt werden kann. Auf die Gültigkeit der bisherigen Handlungen

des bestellten oder gesetzlichen Vormundes ist die Aufhebung ohne Einfluß."

Der Abg. Becker hat zur Begründung des von ihm beantragten § U 1 ausgeführt:

In der ersten Lesung seien Zweifel über die Wirkungen eines die Entmündigung aufhebenden Urteils hervorgetreten. Deshalb, und weil die in Rede stehende Anfechtungsklage ein neu geschaffenes Rechtsinstitut sei, erscheine es dringend geboten, gesetzlich deren Wirkungen im Gegensatze zu denen der Aufhebungsklage festzustellen. Der Abs. 2 enthalte diese Feststellung in der Natur der Sache entsprechender Weise. Die in Abs. 1 ausgesprochene Zulassung provisorischer Maßregeln und der Ausschluß der vorläufigen Vollstreckbarkeit werden auch wohl keiner besonderen Rechtfertigung bedürfen. Der Abg. Dr. Bähr hat zur Empfehlung des Beckerschen Amendements darauf hingewiesen, daß in erster Lesung von ihm ein mit jenem gleichlautender Antrag eingebracht und der zweiten Lesung vorbehalten sei. Darauf wurde der § U 1 ohne Widerspruch angenommen. Sein Abs. 1 ist unverändert als Abs. 1 in den § 613 der ZPO. 30. Januar 1877 übergegangen und bildet jetzt den § 672 ZPO. — Der hier nicht interessierende Abs. 2 des § U 1 ist ebenfalls in die ZPO. vom 30. Januar 1877 und später von dort in den § 115 BGB. übergegangen — vgl. Protokolle S. 464, 561 Hahn, „die gesamten Materialien zur Zivilprozeßordnung" Bd. 2, S. 902, 1017, 1018. — Diese Entstehungsgeschichte ergibt deutlich, daß das Amendement in der ursprünglichen Form (Antrag Bähr) dazu bestimmt war, der Anfechtungsklage in betreff der Tätigkeit der Vormundschaftsbehörde und des Vormundes aufschiebende Wirkung zu versagen, aber die Rechtswirkung beizulegen, daß auf Antrag Schutzmaßregeln für die Person und das Vermögen des Entmündigten getroffen werden können, und die Wirksamkeit des Aufhebungsurteils hinsichtlich der Handlungen des Vormundes zu bestimmen, und daß der in zweiter Lesung gestellte Antrag des Abg. Becker zwar anders formuliert ist, aber damit eine inhaltliche Änderung des Antrages Bähr nicht bezweckt hat. Es kann deshalb aus der Stellung der Vorschrift in der Zivilprozeßordnung, insbesondere daraus, daß sie sich als Satz 3 an Vorschriften anreiht, die den Inhalt des Aufhebungsurteils und den Eintritt der Wirksamkeit desselben bestimmen, eine einschränkende Auslegung in dem angegebenen Sinne mit Recht nicht entnommen werden. Da ferner einstweilige Verfügungen ihrer Bestimmung nach dazu dienen sollen, gerade vor Verkündung eines Urteils in der Hauptsache einstweilen Übelstände zu beseitigen oder ihnen vorzubeugen und regelmäßig vor dem Urteil erlassen werden, würde der Gesetzgeber, wenn er die von ihm für zulässig erklärten einstweiligen Verfügungen von der Verkündung eines die Entmündigung aufhebenden Urteils abhängig machen wollte, dies durch ausdrückliche Bestimmung klargestellt haben. Endlich würde die Vorschrift des § 672 Abs. 3 ZPO., die dazu bestimmt ist, einen geistig gesunden Menschen möglichst vor den Nachteilen, die die Fortwirkung des Entmündigungsbeschlusses auf seine Person und sein Vermögen im Gefolge haben kann, zu schützen, ihren Zweck zum großen Teil verfehlen, wenn der Entmündigte, dessen Geschäftsfähigkeit glaubhaft gemacht ist, die Wohltat dieser Gesetzesvorschrift bis zur Entscheidung über die Anfechtungsklage, bis zu der unter Umständen eine recht lange Zeit vergehen kann, entbehren sollte.

Andererseits ist nicht abzusehen, inwiefern daraus, daß Schutzmaßregeln für den Entmündigten schon vor dem Aufhebungsurteil erlassen werden, größere Nachteile entstehen sollten, wie sie durch Erlaß einstweiliger Verfügungen auch sonst entstehen können. (Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt,

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

II. Strafprozessordnung.

§ 56 Nr. 1.

Das Gesetz erklärt niemand für unfähig, als Zeuge vernommen zu werden. Insbesondere zieht es keine Altersgrenze. Ebenso wie geisteskranke Personen (RGSt. Bd. 33 pag. 393) können auch Kinder (von drei und vier Jahren) vernommen werden. (RG. 14. Februar 1911.) D. R. Entsch. Nr. 1246.

§ 56, Nr. 1.

Die Tatsache, daß ein Zeuge wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, steht seiner Beeidigung rechtlich nicht entgegen, wenn das Gericht sie für ungeeignet

erachtet, die Annahme einer Verstandesschwäche des Zeugen zu rechtfertigen, durch welche die Anwendung des § 56 Nr. 1 StPO. begründet werden könnte. (RG. II. 12. Juni 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2689.

§§ 60, 79.

Darin, daß ein Sachverständiger diejenigen Erklärungen nicht mit einem Zeugeneid bekräftigt hat, die er auf richterliches Befragen über die seine angebliche Befangenheit betreffenden Behauptungen abgegeben hat, liegt keine Verletzung der §§ 60, 79 StPO. Denn das Gesetz schreibt nicht vor, daß der Sachverständige sich über die geltend gemachten Ablehnungsgründe zeugeneidlich oder überhaupt nur zu äußern hätte. Es hängt von dem freien Ermessen der Strafkammer ab, ob und in welcher Weise sie den Sachverständigen darüber hören wollte. (RG. III. 15. Mai 1911.) D. R. Entsch. Nr. 2266.

§ 73.

Es besteht keine Vorschrift, die den Strafrichter an das Gutachten eines Sachverständigen bindet. Auch rein chemische Fragen konnte das Gericht aus eigener Sachkunde entscheiden. Es hatte nur eine gewissenhafte Selbstprüfung vorzunehmen, ob es hierzu aus eigener Erfahrung, Bildung und Wissenschaft imstande war. (RG. III. 16. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1684.

§ 73.

Zu den Sachverständigen gehören auch solche Personen, die vom Richter behufs der Ermittlung von Tatsachen und Zuständen zugezogen werden, zu deren Wahrnehmung Fachkenntnisse erforderlich sind. (Dresden, 9. Februar 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 173.

§ 79.

Der gemäß § 79 Abs. 1 StPO. geleistete Sachverständigeneid deckt auch alle tatsächlichen Bekundungen des Sachverständigen, welche der Erstattung seines Gutachtens zur Grundlage dienen. Es ist daher nicht erforderlich, daß der Sachverständige bezüglich dieser tatsächlichen Bekundungen noch gemäß § 85 StPO. als Zeuge beeidet wird. (U. d. RG. vom 24. Juni 1910.) Entsch. Bd. 44 pag. 11.

§ 79.

Wenn auch § 79 StPO. bestimmt, daß der Sachverständige vor Erstattung des Gutachtens zu beeidigen ist, so läßt sich doch diese Vorschrift nicht als eine zwingende Formvorschrift in dem Sinne ansehen, daß die Nachbeeidigung die Ungültigkeit der Sachverständigenvernehmung zur Folge hätte. Der Schwörende ist nach Maßgabe des § 154 StGB. verantwortlich, die Aussage ist in rechtsverbindlicher Weise beeidigt, das Gutachten ist durch den Sachverständigeneid gedeckt. (RG. I. 7. April 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 173.

§ 79.

Der Eid eines Sachverständigen umfaßt auch seine Bekundungen über Wahrnehmungen tatsächlicher Art, die zur Begründung seines Gutachtens erforderlich sind. (RG. II. 10. Juni 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 954.

§ 79.

Falsch ist die Ansicht, daß § 79 StPO. insofern eine abweichende Bestimmung von den Vorschriften über Zeugen enthalte, als bei den Sachverständigen nur die Beeidigung nach Abs. 1 oder die Versicherung auf einen im allgemeinen für die Erstattung von Gutachten geleisteten Eid nach Abs. 2 des § 79 zulässig sei. Die letztere Vorschrift führt nur eine bei Sachverständigen zulässige weitere Form der Beeidigung ein, schließt aber die Abgabe einer Versicherung auf den bereits in demselben Hauptverfahren geleisteten Sachverständigeneid (§ 66) nicht aus. (RG. IV. 10. Juni 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 173.

§ 79.

Handelt es sich um ein Gutachten, dessen Erstattung zu den Amtspflichten des Sachverständigen (eines Kreisarztes) gehört, zu deren gewissenhaften Erfüllung ihn der Diensteid verpflichtet (Äußerung über die von ihm in amtlicher Eigenschaft getroffenen Feststellungen), so ist im Diensteide zugleich der allgemeine Sachverständigeneid enthalten. (RG. III. 10. Februar 1910.) Jahrb. 1910 pag. 174.

§ 79.

In Mecklenburg-Schwerin darf sich ein Kreisphysikus für ein gerichtliches Gutachten, das in den Kreis seiner Dienstgeschäfte fällt, vor jedem Gerichte des Landes auf seinen Diensteid berufen. (RG. III. 22. Dezember 1909.) Jahrb. 1910 pag. 174.

§ 79.

Der Sachverständigeneid umfaßt auch die ganze tatsächliche Grundlage des Gutachtens. Insoweit darf daher der Sachverständige auch Tatsachen bekunden, ohne zugleich als Zeuge beeidigt zu sein. (RG. V. 24. Juni 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 1685.

§ 79.

Der Sachverständige, der unter Berufung auf den „allgemein geleisteten Eid“ vernommen worden ist, war anläßlich seiner Ernennung zum hessischen Assistenzveterinärarzt als Staatsbeamter u. a. dahin beeidigt worden, daß er die von ihm erforderten Gutachten unparteiisch erstatten werde. Später ist er zum städtischen Schlachthofdirektor ernannt, ihm dabei aber auch zugleich das Amt des ersten stellvertretenden tierärztlichen Fleischbeschauers übertragen. Wurde er in der Eigenschaft als tierärztlicher Fleischbeschauer als Sachverständiger beigezogen, so bedurfte es einer besonderen Beeidigung im Sinne des § 79 Abs. 1 StPO. nicht, sein Gutachten ist durch den gedachten Eid gedeckt, da er staatlicher Beamter, und zwar in seiner Eigenschaft als Fleischbeschauer geblieben ist. (RG. I. 14. März 1910.) Jahrb. 1910 pag. 174.

§ 79 Abs. 2.

Wenn der kommissarisch vernommene Sachverständige sein Gutachten unter Berufung auf den ein für allemal geleisteten Sachverständigeneid abgegeben hat und dies deshalb nach § 79, 2 StPO. genügte, weil er für den Bezirk des ihn vernehmenden Amtsgerichts für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im allgemeinen beeidigt war, so verliert das Gutachten die Eigenschaft eines eidlichen nicht dadurch, daß es vor einem anderen Landgericht verwendet wurde. RGSt. Bd. 37 pag. 364 steht nicht entgegen. (RG. III. 9. Januar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 955.

§§ 79, 85.

Wenn die nur infolge besonderer Sachkunde möglichen Wahrnehmungen eines Sachverständigen, z. B. der Befund eines Arztes bei der Untersuchung und seine Wahrnehmungen und Anordnungen bei der Behandlung eines Verletzten, unmittelbar Gegenstand seiner Aussage sind, sei es ausschließlich, sei es selbständig und unabhängig von dem Gutachten neben diesem, so deckt der Sachverständigeneid diese Aussagen nicht, denn die Vernehmung eines sachverständigen Zeugen erfolgt nach § 85 StPO. unter dem Zeugeneid. (RG. I. 2. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1457.

§ 85.

Soweit der Beschwerdeführer rügt, daß der Angeklagte durch Ablehnung eines Sachverständigenbeweises, d. h. durch die Ablehnung des Antrages auf Vernehmung des Dr. S. als Sachverständigen zu Unrecht in seiner Verteidigung beschränkt sei, geht die Rüge in jeder Hinsicht fehl. Denn die Ablehnung ist unter Hinweis auf § 73 StPO. erfolgt, wonach es — außer in besonderen hier nicht vorliegenden Ausnahmefällen — dem pflichtmäßigen Ermessen des Tatrichters überlassen ist, ob und wieviel Sachverständige er zur Begutachtung zuziehen will oder ob er sich imstande erachtet, über die in Betracht kommenden Tatumstände auf Grund eigener Erfahrung oder Sachkunde zu urteilen. Unzutreffend ist allerdings die Erwägung, in der die Strafkammer auf den weiteren Antrag, den Dr. S. als Zeuge zu vernehmen, ablehnt, indem sie in ihrem darauf bezüglichen Beschluß erklärt, daß das, was er als Zeuge bekunden solle, sich als eine gutachtliche Äußerung darstelle. Hierbei ist die Vorschrift des § 85 StPO. übersehen oder verkannt. Dr. S. sollte bekunden, daß er auf Grund seiner Beobachtungen und Wahrnehmungen in der früheren Hauptverhandlung die Überzeugung erlangt habe, daß erhebliche Bedenken an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten beständen. Wie der Gegensatz zu dem zweiten Teile des Beweisantrages zeigt, worin behauptet wurde, daß Dr. S. auch heute noch der Ansicht sei usw., sollte nachgewiesen werden, daß Dr. S. auf Grund der früheren Hauptverhandlung die im ersten Teile des Beweisantrages gekennzeichnete Überzeugung erlangt hatte. Es handelt sich also um den Beweis einer vergangenen — inneren — Tatsache. Auf einen solchen Beweis finden nach § 85 StPO., obwohl er durch Vernehmung einer sachkundigen Person geführt werden soll, die Vorschriften über den Zeugenbeweis Anwendung. Es greifen daher insbesondere nicht die Grundsätze des § 73 Abs. 1, § 83 Abs. 1 daselbst Platz. Vielmehr hat sich das Gericht darüber schlüssig zu werden, ob es die Tatsache für rechtlich bezw. tatsächlich erheblich erachtet oder nicht. Der im Beschluß angeführte Ablehnungsgrund geht daher fehl. Das Urteil beruht aber nicht auf diesem Prozeßverstoße. Die Strafkammer ist auf Grund der von ihr in den Urteilsgründen einzeln aufgeführten Tatsachen und der daran geknüpften tatsächlichen Erwägungen zu der abschließenden Überzeugung gelangt, daß der Angeklagte zu der Zeit, als er die gegen ihn festgestellten Taten beging, ein „Mensch von normalen psychischen Eigenschaften“ war, daß also auf seiner Seite keiner der im § 51 StGB. gekennzeichneten geistigen Zustände vorlag. Ob dies zutraf, durfte die Strafkammer kraft eigener Sachkunde und Erfahrung auch ohne Zuziehung eines Sachverständigen beurteilen. Indem sie durch Anführung bestimmter Tatsachen zu erkennen gab,

daß sie diese für genügend und durchgreifend erachtete, um in ihr die ausgesprochene sichere Überzeugung zu begründen, brachte sie gleichzeitig insbesondere zum Ausdrucke, daß selbst eine gegenteilige gegenwärtige Überzeugung des Dr. S. darauf ohne Einfluß bleiben würde. Hieraus ergibt sich klar als die Auffassung der Strafkammer, daß es für sie vollends bedeutungslos erscheine, ob Dr. S. auch bereits in einem früheren Zeitpunkt auf Grund der damals gemachten Beobachtungen und Wahrnehmungen zu einer gleichen Überzeugung gelangt war. Dies führte gleichzeitig zu dem weiteren Schlusse, daß die Lage der Verteidigung keine andere gewesen wäre, auch wenn die Strafkammer bei Verkündung des ablehnenden Beschlusses eine rechtlich einwandfreie Begründung gegeben hätte. (RG. 5. Januar 1911.) J. W.*) pag. 509.

*) Juristische Wochenschrift.

§ 203.

Gegen einen Geisteskranken kann dann eine Hauptverhandlung durchgeführt werden, wenn er verhandlungsfähig ist; denn es gibt verhandlungsfähige und nichtverhandlungsfähige Geisteskranke. Die Entscheidung, ob der geisteskranke Angeklagte in der Lage ist, dem Gange der Verhandlung zu folgen und seine Verteidigung wirksam zu führen, hat der Tatrichter. Wird die Verhandlungsfähigkeit von Sachverständigen zweifelsfrei bejaht, so kann der Tatrichter sich nicht über dies Gutachten hinwegsetzen. Vielmehr ist Hauptverhandlung anzuberaumen. Gewinnt in ihr der Tatrichter die Überzeugung, daß entgegen dem Gutachten der Angeklagte nicht verhandlungsfähig sei, dann erst kann er von weiterer Durchführung der Hauptverhandlung Abstand nehmen. (Bayer. OLG. 27. Februar 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 178.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen

— In einer Mitteilung: **„Erfahrungen über Salvarsanbehandlung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems“** (Berlin. Klin. Wochenschrift, 4. März 1912, S. 443) kommt Privatdozent Dr. Otto L. Klieneberger zu folgendem Schlusse: „Die Paralyse ist durch Salvarsan nicht, die Tabes kaum zu beeinflussen. Die Erfolge bei der Lues des Zentralnervensystems sind im ganzen günstig; sie entsprechen dem, was auch mit der alten spezifischen Behandlungsmethode erreicht werden kann, bieten aber dieser gegenüber manche Vorteile. Sowohl bei der Tabes wie bei der Lues des Zentralnervensystems haben wir einige Fälle zu verzeichnen, bei denen die Kombination von Salvarsan und Quecksilber weitere Erfolge gezeitigt hat als Salvarsan oder Quecksilber allein, Beobachtungen, die, wie schon erwähnt, auch von anderer Seite gemacht sind. Das soll uns ein Hinweis sein, in Zukunft die beiden Methoden zu kombinieren. Vielleicht gelingt es uns so, günstigere Resultate zu erzielen.“

— **Psychiatrischer Fortbildungskurs in Uchtspringe.** In diesem Jahre findet wiederum, und zwar vom 3.—15. Juni, in der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe ein klinischer Kurs der Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Praktikers und Gerichtsarztes statt. Oberarzt Dr. Hoppe hält gleichzeitig einen Kurs über Stoffwechseluntersuchungen und deren Anwendung und Bedeutung in der neurologisch-psychiatrischen Praxis. Oberarzt Dr. Rühle liest Topographie und ausgewählte Kapitel der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems. Dr. Bufe, Vorsteher des Röntgen-Laboratoriums gibt Anleitung, das moderne Röntgen-Verfahren kennen zu lernen. Auch zur Vornahme der Wassermannschen Reaktion wird Anleitung erteilt. Honorar wird nicht erhoben, nur eine Einschreibegebühr von 20 M. Anmeldungen nimmt Prof. Dr. Alt, Uchtspringe (Altmark), entgegen.

— **Württembergischer Irrenhilfsverein.** Über „Geisteskrankheiten und Religion“ hielt am 26. März anläßlich der Hauptversammlung des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke Med.-Rat Dr. Kreuser-Winnental im Landesgewerbemuseum in Stuttgart einen zahlreich besuchten Vortrag, dem auch der Präsident des Medizinalkollegiums Dr. v. Nestle beiwohnte. Dem Vortrag voraus ging die Hauptversammlung des Hilfsvereins für rekonvaleszente Geisteskranke unter dem Vorsitz von Med.-Rat Dr. Kreuser. In seinem Jahresbericht wies der Vorsitzende auf die Schwierigkeiten hin, die sich infolge des ihnen entgegengebrachten Mißtrauens für die aus einer Irrenanstalt entlassenen Personen für ihr Fortkommen ergeben, und die es als dringend wünschenswert erscheinen lassen, daß man in weiteren Kreisen mehr Einblick in das Gebiet der geistigen Störungen gewinne. Die Überfüllung der Irrenanstalten bringe es mit sich, daß so mancher abgewiesen oder zu frühzeitig entlassen werden müsse. Auch in Württemberg sollte man nicht länger mit der Gründung einer weiteren Staatsirrenanstalt warten. Die Mitgliederzahl des Vereins beträgt 1500. Der Rechenschaftsbericht, der sich über 2 Jahre (1910 und 1911) erstreckt, ergibt, daß in dieser Zeit 297 Unterstützungsgesuche eingelaufen sind. Bewilligungen waren es 285. Die Zahl der unterstützten Personen betrug 193, mehrfache Unterstützung erhielten 47, der Höchstbetrag an eine Person stellte sich auf 400 M. Die

Gesamtsumme der gewährten Unterstützungen beziffert sich auf **13 302 M.** Nach dem Kassenbericht waren an Einnahmen **27 935 M.**, an Ausgaben **26 286 M.** zu verzeichnen. Das Aktivvermögen ist mit **54 322 M.** (darunter außerordentliche Zuwendungen mit 9317 M.) in Rechnung gestellt. Bei der Neuwahl des Ausschusses wurden die ausscheidenden Mitglieder einstimmig wiedergewählt.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Nietleben.** Als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Geh. San.-Rat Dr. Fries ist der Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik zu Halle a. S., Prof. Dr. B. Pfeiffer, zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Nietleben ernannt worden.

— **Grafenberg.** Geh. San.-Rat Dr. Peretti, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg, Dozent an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, ist zum Professor ernannt worden.

— **Königsberg.** Prof. Dr. O. Klieneberger hat sich an der hiesigen Psychiatrischen Klinik als Privatdozent habilitiert.

— **München.** Die Akademie der Wissenschaften hat dem Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik, Dr. Albers, zu Stoffwechseluntersuchungen an Geisteskranken 1000 M. bewilligt.

— **Pfullingen.** Dr. Kurz, Direktor der Privatheilanstalt Pfullingen, erhielt den Titel eines Sanitätsrates.

— **Gugging.** Am 1. April 1912 trat der neuernannte Direktor der Heil- und Pflegeanstalten in Gugging, Dr. Josef Quirchtmeyer, sein Amt an. Er wurde von der Pflegeanstalt in Ybbs, wo er seit 1907 wirkte, an die Anstalten in Gugging übersetzt.

— **Hannover.** Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen Geh. Med.-Rat Professor Dr. Cramer, ist zum sachverständigen Beirat des Landesdirektoriums in medizinischen Fragen mit dem Titel „Landesmedizinalreferent" ernannt. An derselben Anstalt ist der bisherige Assistenzarzt Dr. Redepennig zum Abteilungsarzte an der Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge ernannt. Für die dadurch frei gewordene Assistenzarztstelle ist Fräulein Else Frank zum 1. d. Mts. einberufen worden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr. Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. Fernspr. Nr. 823

Nr. 3 | 20. April | 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Der Zwiesinn.

Von Dr. *J. Bresler.*

Auf eine Geisteskrankheit, an welcher in manchen Irrenanstalten beinahe dreiviertel der Insassen leiden, muß dauernd das Interesse nicht nur der Ärzte, sondern aller, denen das Volkswohl am Herzen liegt, gerichtet sein. Wieviel Volkskraft würde gerettet, wenn es gelänge, eine solche Krankheit zu verhüten oder wenigstens zu heilen, wieviel Vermögen würde erspart und zu fruchtbaren Zwecken verwendet werden können, wenn nicht die vielen, vielen Tausende, welche von dieser Krankheit befallen sind, in den Anstalten verpflegt zu werden brauchten. Dieses Ziel ist nur erreichbar oder wenigstens allmählich näher zu rücken, wenn es gelingt, Ursache und Wesen der Krankheit gründlich kennen zu lernen. Aber wie schwierig ist der Weg? Wir müssen zufrieden sein, wenn wir nicht stehen bleiben und von Zeit zu Zeit einen Schritt vorwärts kommen. Einen solchen Fortschritt dürfen wir nun behaupten gemacht zu haben in der Erkenntnis jener so sehr verbreiteten Geisteskrankheit, für die es bisher schwer war, einen zutreffenden Namen zu finden, der von Emil Kraepelin, wohl im Jahre 1896, zu einer Gruppe zusammengestellten geistigen Störungen, die vorwiegend in der Zeit oder nicht lange nach der Geschlechtsreife beginnen und zum Teil ziemlich bald in Schwachsinn oder Verblödung ausgehen. Die Bestandteile dieser von Kraepelin mit Dementia praecox (= Frühverblödung) bezeichneten Gruppe bilden die von Ludwig Kahlbaum in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entdeckte und 1874 genauer beschriebene Katatonie, die von Hecker 1871 auf Kahlbaums Anregung hin beschriebene Hebephrenie, die von Pick 1891 als primäre Demenz beschriebenen Zustände, welche unter einer von Anfang an einsetzenden einfachen Verblödung einhergehen, endlich die 1894 von Robert Sommer geschilderten Zustände der unter Wahnbildung einhergehenden Verblödung. An der genaueren Erforschung dieser Krankheitsformen haben eine große Zahl von Irrenärzten mitgewirkt, wie Heinrich Schüle, Clemens Neißer, Kraepelin, Georg Ilberg, Berze, Jahrmärker u. a. Es stellte sich nun heraus, daß, so richtig die Zusammenstellung dieser Krankheitsformen an sich war, ihre Charakterisierung durch das gemeinsame Merkmal einer früh einsetzenden Verblödung sich nicht als ausreichend und auch nicht immer als zutreffend erwies, und daß die Anwendung dieser Bezeichnung: „frühzeitige Verblödung" auf noch nicht abgelaufene Krankheitsfälle, auf Fälle mit noch nicht auszuschließender Aussicht auf Heilung oder erheblicher Besserung unstatthaft war. Es ist nun das außerordentliche Verdienst Eugen Bleulers, die Erkenntnis an diesem schwierigen Punkte ein gut Stück Weges weitergebracht zu haben. Es gelang ihm das vor allem durch eine tiefgründige Zergliederung des geistigen Geschehens bei dieser Krankheit. Er kam dabei zu dem Resultat, daß das Wesentlichste in dem Krankheitsbild der Dementia praecox die Spaltung der verschiedensten seelischen Tätigkeiten ist. Bleuler hat für diesen Vorgang ein griechisches Wort: Schizophrenie gewählt. Es ist aus verschiedenen Gründen wünschenswert, dafür eine deutsche Bezeichnung zu setzen, und hierfür dürfte sich das Wort **Zwiesinn** eignen. Durch Bleulers Forschung hat das Krankheitsbild der ehemaligen „Frühverblödung" eine klarere Durcharbeitung und nicht unwesentlich andere Gestaltung erfahren, und es dürfte daher, zumal in Anbetracht der

anfangs geschilderten sozialen Bedeutung der Krankheit, zeitgemäß und von Nutzen sein, eine Darstellung der letzteren zu geben auf Grund des umfassenden Werkes von Professor Eugen Bleuler (Zürich): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien (Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1911, 420 Seiten).

Der Zwiesinn (Schizophrenie) ist charakterisiert durch eine eigenartige, sonst nirgends vorkommende Veränderung des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt. Stets ist eine mehr oder weniger deutliche Spaltung der seelischen Funktionen vorhanden; in schweren Fällen verliert die Persönlichkeit ihre Einheit; die normale gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Vorstellungsgebilde und Strebungen ist ungenügend oder fehlt ganz; zeitweilig beherrscht ein Vorstellungsgebilde die Persönlichkeit, während andere Gedankengruppen oder Willensrichtungen „abgespalten" und ganz oder teilweise außer Tätigkeit gesetzt sind. Gedanken werden oft nur zum Teil gedacht und Bruchstücke von Gedankengebilden werden in unrichtiger Weise zu einer neuen Idee zusammengesetzt. Die Begriffe gehen ihrer Vollständigkeit verlustig und werden manchmal durch die übrig bleibenden Bestandteile, und zwar nicht einmal immer die wesentlichen unter diesen, ersetzt. Der Gedankenablauf erscheint infolgedessen nicht nur fehlerhaft, sondern bizarr, sprunghaft; es tauchen plötzlich unerwartete Gedankenverbindungen auf. Die Gedankenreihe wird plötzlich mitten abgebrochen oder sie steht still, wenn sie auf einen anderen Gedanken, in eine andere Richtung übergehen soll, ein Vorgang, der mit „Sperrung" bezeichnet wird. Zuweilen tauchen dann Gedanken auf, die mit dem voraufgehenden in keinem Zusammenhang zu stehen scheinen, die auch der Kranke selbst in seinem Bewußtsein nicht in diesen Zusammenhang zu bringen vermag.

Die „Spaltung" bekundet sich ferner im Gefühlsleben, und zwar in zweifacher Weise: es können Vorstellungen mit Gefühlen einhergehen, die gar nicht zu ihnen passen, z. B. also traurige Vorstellungen mit Heiterkeit oder auch mit zu starken oder zu schwachen Gefühlen, ja selbst ohne jede Gefühlsbetonung. Diese „Spaltung" — der Begriffe und Gedankengruppen unter sich und der Gedanken von den Gefühlsbetonungen — ist das Grundsymptom des Zwiesinns, der Schizophrenie. Alle übrigen Symptome sind von nachgeordneter Bedeutung, wie Sinnestäuschungen, Wahnideen, Verwirrtheit, Dämmerzustände, Stimmungs- und Affektschwankungen, Bewegungsstörungen.

Die häufigste Störung der Gedankenverbindung ist die, daß zwei innerlich unzusammenhängende Ideen, welche den Patienten zufällig gleichzeitig beschäftigen, einfach verknüpft werden. Auf diese Weise kommt die bei solchen Patienten häufig zu beobachtende Erscheinung zustande, daß, wenn man eine und dieselbe Frage mehrfach stellt, sie bei jeder Frage eine andere — falsche — Antwort geben und sich scheinbar fortwährend selbst widersprechen. Sehr oft wird dabei an äußere Gegenstände, an ähnlich klingende Worte angeknüpft. Am häufigsten ist aber die Anknüpfung an einen sogen. „Komplex", worunter Bleuler ein Gedankengebilde versteht, das so stark gefühlsbetont ist, daß es die seelischen Vorgänge andauernd inhaltlich beeinflußt und, zu größerer Selbständigkeit abgegrenzt, innerhalb der wechselnden Vorstellungsmasse eine größere Festigkeit und Widerstandskraft besitzt. Es kommen ferner vor: Zusammenziehungen von mehreren Ideen in eine einzige; mittelbare Gedankenverbindungen, wobei ein Eindruck nicht die dazugehörige Vorstellung, sondern eine verwandte der letzteren weckt; Hängenbleiben an den gleichen Worten, Satzformen und Ideenkreisen, beständiges Zurückkommen darauf (Stereotypierung); Mangel eines Ziels im Denken; gesteigerte Fesselung durch optische und akustische Eindrücke mit Neigung zu Benennung des Gesehenen, Ausführung von Handbewegungen bei oder statt Bezeichnung eines Gegenstandes, Nachahmung von Bewegungen in der Umgebung, Nachsprechen von gehörten Worten; endlich ein „Gedankendrängen", ein zwangsweises unaufhaltsames Zusammendrängen flüchtiger Gedanken, wobei gewisse Vorstellungen aber immer wiederkehren; auf der anderen Seite dagegen häufig eine aktive Selbstabschließung des Patienten von der Außenwelt nebst verringerter oder aufgehobener Ablenkbarkeit. Verwirrtheit kann bei Zwiesinn entstehen, wenn jene Störungen, besonders das Auseinanderfallen der Begriffe und Ideen, die Sperrung des Gedankenablaufs, das plötzliche Auftauchen von unvermittelten Vorstellungen, das Gedankendrängen, höhere Grade erreichen.

Die „Sperrung" ist für die Erkennung des Zwiesinns von wesentlicher Bedeutung und zugleich eins der auffälligsten Zeichen. „Man spricht mit einem Patienten; im zeitlichen Ideenablauf bemerkt man zunächst nichts Abnormes; Rede und Gegenrede folgen sich wie bei jedem normalen Gespräch. Auf einmal mitten im Satz oder beim Übergang auf eine neue Idee stockt der Patient und kommt nicht

mehr weiter. Oft kann er das Hindernis nach einem wiederholten Anlauf überwinden; ein anderes Mal gelingt es ihm nur in einer neuen Richtung weiter zu denken; manchmal auch wird die Sperrung für längere Zeit unüberwindlich, und in diesem Falle kann sie sich auf die ganze Psyche ausdehnen, der Patient bleibt stumm und bewegungslos und auch mehr oder weniger gedankenlos". Diese Sperrungen im Gedankengange werden von Patienten selbst, und zwar meist unangenehm, wahrgenommen. Sie haben dafür verschiedenerlei selbstgewählte Bezeichnungen, z. B. „Gedankenentzug", ein Wort, das so zutreffend wiedergibt, was die Patienten bei dieser Störung empfinden, daß jeder, der daran leidet, sofort versteht, was damit gemeint ist, und man bei der Bejahung der darauf gerichteten Frage bei einem Patienten wohl mit ziemlicher Sicherheit das Vorhandensein von Zwiesinn annehmen könne. Andere Kranke bezeichnen diese Störung als Denkhindernis, Gedankenverstopfung u. dergl. Zuweilen wird diese Sperrung durch stark gefühlsbetonte Gedankenkomplexe, aber auch Wahnideen und Sinnestäuschungen verursacht. Manchmal kann sie durch Ablenkung durchbrochen oder umgangen werden. Zuweilen ist Wille und Wunsch der Patienten bei der Sperrung nicht unbeteiligt, so daß sie den Eindruck von Simulanten erwecken können. Auch kommt es vor, daß nur der sprachliche Ausdruck gesperrt wird, während sich der Fortgang des Denkens im Mienenspiel verrät. Eigentümlich ist bei manchen Patienten das Bestreben, sich „gelehrt" auszudrücken, wodurch bizarre Bezeichnungen für einfache Dinge zustande kommen, z. B. statt Auge — Sehungspunkt, statt Ofen — Wärmungsartikel.

Die Störungen des Gefühls geben sich zu erkennen als Mangel an Anpassung an den wechselnden Gedankeninhalt oder als Unabhängigkeit der Stimmungen von den Gedankengängen, so daß man bei einem Zwiesinnigen, der in einer fremden Sprache redet, gar nicht sicher beurteilen kann, ob er bei traurigem Gesichtsausdruck und Tonfall auch wirklich etwas Trauriges erzählt, und so daß ferner z. B. ein Zwiesinniger, was er noch vor kurzem unter Lamentieren vorgebracht hat, heute mit vergnügter Miene und fröhlichem Tone wiederholt.

Die Stimmungen sind flüchtig und gehen nicht in die Tiefe. Zornige Aufregung, Fröhlichkeit, Ausgelassenheit und tiefe Traurigkeit können plötzlich miteinander abwechseln. Aber bei den verschiedenen Gefühlsausbrüchen fehlt es dem Patienten an der Fähigkeit, ihnen durch die Miene richtig und restlos Ausdruck zu geben, so daß letzterer nicht nur etwas Übertriebenes, Verzerrtes, Pathetisches, Theatralisches, sondern, ob traurig oder heiter, stets etwas Steifes anhaftet. Gleichgültigkeit gegen alles, Verwandte und Bekannte, Arbeit und Vergnügen, Glück und Unglück, tritt auch bei weniger schweren Fällen ein; es ist ihnen ganz gleichgültig, ob ihre Familie oder sie selbst zugrunde gehen. Eine Mutter kann schon im Anfang der Krankheit für das Wohl und Wehe ihrer Kinder das Interesse verloren haben und doch nicht nur wie eine normal empfindende Mutter reden, sondern auch wirklich alles verstehen, was zur Pflege eines Kindes nötig ist. Nur in leichten Fällen kann diese Gleichgültigkeit fehlen oder sie wird verdeckt durch eine gewisse Überempfindlichkeit, zufolge deren die Patienten jedem Anlaß zu Erregungen peinlich aus dem Wege gehen und sich bewußt zurückziehen. Es kann auch anfangs und eine Zeitlang eine gewisse Grundstimmung — Traurigkeit, Ängstlichkeit, Glücksgefühl — vorhanden sein, aber sie ist doch oberflächlich und geht nach einiger Dauer in den Gemütszustand der „Wurstigkeit" über. Zu dieser gesellt sich dann auch Unempfindlichkeit gegen Hunger und Durst, gegen Schlafstörungen, körperliche Beschwerden und Bedürfnisse, gegen schrille Laute oder blendendes Licht. Die Neigung zum Affektwechsel entspringt und entspricht zum Teil wohl der Sprunghaftigkeit der Gedanken, die Gleichgültigkeit zum Teil der Unfähigkeit der Kranken, die Wichtigkeit einzelner dem Gesunden bedeutsam erscheinender Vorgänge zu erfassen. Häufig werden die Kranken nur dann gemütlich erregt, wenn sie bestimmte Ideen zu denken gezwungen werden, die sie vor oder während des Krankheitsbeginnes bewegt haben. Solche mit starkem Affekte verknüpfte Gedankengebilde leben in den Kranken noch lange fort, wenn sie nur noch zu vegetieren scheinen, und treten unerwartet und plötzlich unter heftiger Erregung zutage. Manche Kranke reagieren fast nur mit Zorn und Wut, trotz gemütlicher Verblödung. — Nicht alle Patienten gehen aller höheren Gefühle verlustig; Elternliebe, Mitgefühl und selbst künstlerische Gefühle bleiben bei manchen trotz sonstiger Gleichgültigkeit, trotz des Verlustes von Anstandssinn und Schamgefühl für sich allein weiter bestehen und einzelne Zwiesinnige bleiben trotz mancher auffälliger Eigenschaften liebenswürdige Charaktere bis an ihr Ende. Oft ist es aber nur das Interesse für Kleinlichkeiten und Sonderlichkeiten, das neben Unempfindlichkeit für Schmutz und Unschicklichkeit sich erhalten hat. Eigenartig ist es auch, daß bei vielen Zwiesinnigen die Stimmung schwer anregbar ist, dafür aber, wenn

einmal zu Wege gebracht, sich schnell steigert und nicht so bald aufhört, z. B. bei Festen.

Die meisten Patienten haben natürlich auch keine Empfindung, kein Bewußtsein ihrer krankhaften Gleichgültigkeit und Gefühlsleere, nur vereinzelt kommt es vor, daß sie diesen Zustand schmerzlich wahrnehmen oder wenigstens sich seiner bewußt sind; ein Zwiesinniger bezeichnete sich ganz treffend als „vergleichgültigt“; ein anderer klagte über „Gefühlsverhärtung“, die ihm das Beten unmöglich mache, während andere dagegen die Ursache ihres Zustands in einer Veränderung der Außenwelt sehen, die ihnen schal, leer, anders vorkomme.

Sehr kennzeichnend ist die bei Zwiesinn häufige Erscheinung, daß die Kranken bei traurigen Anlässen, z. B. einer traurigen Nachricht, geradezu loslachen, bei angenehmen Anlässen aber mit Traurigkeit oder überhaupt nicht reagieren. So lachte eine Patientin bei der Nachricht vom Tode des Bruders laut auf, weil sie sich freute, Briefe mit schwarzem Rand zu bekommen. Aber auch ohne jede, selbst unpassende Veranlassung kommt das laute Herauslachen bei den Zwiesinnigen vor. Etwas Verwandtes ist die Eigenart der Kranken, an unangenehmen, häßlichen, ekelhaften Dingen geradezu Gefallen zu finden, und Dinge wie Käfer, Sägespäne, Erde, scharfe Gegenstände, selbst Kot und Urin zu verschlucken, oder mitten in aller Lustigkeit und im Tanzen ein verzweifeltes Gesicht zu machen und der Stimme einen traurigen Tonfall zu geben, mit Stirn und Mund deutlichen Abscheu zu zeigen und dabei verliebte Augen zu machen, so daß sich die einzelnen Bestandteile des Gesichtsausdruckes widersprechen. (Parathymie, Paramimie.) Diese Eigentümlichkeit, die verschiedensten Eindrücke und Gedanken zugleich angenehm und unangenehm zu empfinden, eine Handlung zugleich zu wollen und nicht zu wollen, so daß sie nicht oder erst nach langem Hin und Her zustande kommt, zu einem Gedanken immer sofort den Gegengedanken denken oder aussprechen zu müssen, eine Idee durch ihr Gegenteil auszudrücken, selbst den eigenen Wert, die eigene Persönlichkeit bald zu bejahen, bald zu verneinen, sich bald verfolgt und zugleich Gegenstand von Lob und Auszeichnung usw. zu sehen — diese Eigentümlichkeit (Ambivalenz) ist eine direkte Folge der zwiesinnigen Denkstörung, ein wichtiges Grundsymptom des Zwiesinns.

Eine weitere charakteristische Störung beim Zwiesinn ist die eigentümliche Veränderung des Wechselverhältnisses des geistigen Binnenlebens mit der Außenwelt. Das Binnenleben erlangt ein krankhaftes Übergewicht (Autismus); gleichzeitig findet eine „Loslösung von der Wirklichkeit“ statt. Alles was den krankhaften „Komplexen“ widerspricht, existiert einfach nicht für das Denken oder Fühlen der Zwiesinnigen. Sie wollen auch nicht, daß diese krankhaft gefühlsbetonten Gedankengebilde von außen berührt werden, und die Außenwelt muß ihnen geradezu feindlich vorkommen, indem diese sie in ihren Phantasien stört. Dabei kann in gleichgültigen Alltäglichkeiten ein ganz gutes Einvernehmen mit der Umgebung bestehen; meistens aber ziehen sich solche Patienten aus Überempfindlichkeit von der Außenwelt zurück. Äußerlich kommt diese Loslösung von der Wirklichkeit darin zum Ausdruck, daß der Zwiesinnige sich um nichts kümmert, mit abgewandtem Gesicht, die leere Wand betrachtend, beständig dasitzt, zusammengekauert, die Schürze oder Jacke über den Kopf gezogen, oder, wenn im Bette liegend, bis über den Kopf unter der Bettdecke, um alle Sinnespforten zu verschließen. Diese Welt der Phantasie ist für den Kranken ebenso gut Wirklichkeit, ja sie hat oft noch stärkeren Wirklichkeitswert, als die Wirklichkeit des normalen Menschen. Er hält dann seine Phantasie für das Wirkliche und das, was er wahrnimmt, was ihn das Zeugnis der Sinne lehrt, für etwas Vorgetäuschtes. In höchsten Graden hat auch das Handeln die Beziehung zu der von der Seele abgesperrten Wirklichkeit verloren und die Kranken erscheinen geradezu wie Träumer. In geringeren Graden befassen sich die Kranken nur theoretisch mit ihren Phantasien und gestatten ihnen für gewöhnlich keinen Einfluß auf ihr Handeln oder nur sehr geringen, so daß sie praktisch als gebessert oder geheilt gelten können. In vielen Fällen verquicken sich Wirklichkeit und Phantasie in der unlogischsten Weise. Inhalt der autistischen Phantasie sind Wünsche und Befürchtungen. Diese phantastische Art des Denkens der Zwiesinnigen hat ihre besonderen Gesetze. Das Denken des Zwiesinnigen wird von dem Bedürfnis des Gefühls und Gemüts geleitet; soweit es ihm paßt, bedient er sich zwar der gewöhnlichen Gesetze des Denkens, aber für gewöhnlich und namentlich im Bereich seiner Phantasie benutzt er selbstgemachte Symbole, Gleichnisse, unvollständige Begriffe oder er überläßt sich zufälligen Gedankeneinfällen. Mancher Zwiesinnige dagegen vermag im Bereich des Wirklichen ganz richtig zu denken und erscheint dann insoweit, wenigstens zeitweise, normal. Einzelne vermögen auch den Unterschied beider Zustände mehr weniger scharf zu unterscheiden. Eine Patientin Bleulers empfand es sogar sehr angenehm, daß sie sich, angeblich nach Belieben, in einen Zustand höchster Seligkeit ver-

setzt fühlen konnte, und wollte der Umgebung Anleitung geben, es ihr gleich zu tun. In der Regel aber empfinden die Patienten diesen zwiespältigen Zustand jahrelang unangenehm, ja sogar schmerzlich, bis sie sich an den krankhaften Denkmechanismus gewöhnt und sich in die Welt der krankhaften Phantasie ganz eingelebt haben.

Die Spaltung ergreift meist auch die Aufmerksamkeit. Wo das Interesse und der Trieb fehlen, Sinn und Denken auf die äußeren und inneren Vorgänge zu richten, fehlt natürlich überhaupt das Aufmerken. Auch wird letzteres meist ganz von den Phantasieerlebnissen in Anspruch genommen. Daneben wird merkwürdigerweise bei einem großen Teil der Patienten viel von den Ereignissen passiv im Gedächtnis aufgenommen, um die sie sich anscheinend gar nicht kümmern, so daß Patienten, die jahrelang stumpf hingebrütet haben, nach eingetretener Besserung über geringfügigste Einzelheiten aus der Zwischenzeit genau Bescheid geben können. Dies beruht darauf, daß „die Auslese, welche die normale Aufmerksamkeit unter den Sinneseindrücken trifft, bis auf Null herabgesetzt sein kann, so daß fast alles registriert wird, was den Sinnen zugeht.“ Außerdem können bei den Zwiesinnigen Aufmerksamkeitsstörungen vorkommen durch Mangel an Sammlung, durch Auseinanderfallen des Ideengangs, durch „Sperrung“ und durch abnorm starke Affekte; selten durch Ermüdung, viele Patienten vermögen sogar länger als normal die Aufmerksamkeit gespannt zu erhalten, wenn letztere überhaupt in Tätigkeit gesetzt wird.

Die Störungen des Willens äußern sich teils in Mangel an solchem — dabei erscheinen die Kranken den Angehörigen faul und nachlässig, sie haben keinen Trieb zu irgendeiner Beschäftigung, noch lassen sie sich zu solcher durch Zureden oder Zwang bewegen, liegen jahrelang zu Bett und veranlassen nicht das Geringste zur Änderung ihrer Lage —, teils in einer Willensschwäche und Widerstandsunfähigkeit gegen äußere oder innere mehr zufällige Antriebe und Einflüsse, besonders im Affekt —, teils endlich, und zwar oft in Verbindung mit jenen Störungen, in einem krankhaften hartnäckigen Eigensinn, der bis zur äußersten Rücksichtslosigkeit gegen die eigene Person und die Umgebung, und infolgedessen nicht selten zur Begehung eines Verbrechens führt, und in einem krankhaften Mangel an Nachhaltigkeit und Einheitlichkeit des Wollens (Launenhaftigkeit). Außerdem kann eine Willensstörung auch durch „Sperrung“ erfolgen.

Der Zwiesinnige macht sicherlich, wenigstens in späteren Stadien des Leidens, den Eindruck geringeren oder größeren Schwachsinns. Aber es ist außerordentlich schwierig, die Eigenart der zwiesinnigen Geistesschwäche anschaulich darzutun. Bleuler hat diese Aufgabe meisterhaft gelöst. Bei dem gewöhnlichen Schwachsinn, angeborenen wie erworbenen, entspricht der Grad desselben der Schwere der geistigen Anforderungen. Wer eine Multiplikationsaufgabe nicht versteht, wird eine Division noch weniger lösen. Wer den Sinn einer Fabel nicht erfaßt, wird einen Roman noch weniger verstehen. Die gewöhnliche Intelligenzstörung ergibt sich einfach aus dem zahlenmäßigen Verhältnis der richtigen zu den falschen Leistungen. Bei dem Zwiesinnigen dagegen bleibt der Bestand an Wissen im großen ganzen erhalten, er steht aber nicht immer zur Verfügung oder wird unrichtig verwertet. Auch der schwachsinnigste Zwiesinnige kann unter geeigneten Umständen auf einmal eine recht hohe Leistung produzieren, der nur wenig geistig geschwächte, für gewöhnlich ganz vernünftige Zwiesinnige dagegen die größte Dummheit begehen. Der Zwiesinnige versagt mit seinen geistigen Leistungen mehr infolge Mangels an Interesse, Antrieb und Entschlußfähigkeit als infolge Verminderung der Intelligenz. Seine Intelligenz läßt sich daher auch nicht mit der Intelligenz eines Kindes von bestimmtem Alter vergleichen oder durch eine Intelligenzprüfung wie bei diesem feststellen. Der Zwiesinnige kann vielleicht heute nicht $9 + 4$ zusammenzählen, zu einer anderen Zeit dagegen eine schwierige Rechenaufgabe lösen. Er ist schwachsinnig nur zu gewissen Zeiten und unter dem Einfluß seiner besonderen Gemütsverfassung, seiner Stimmung, etwaiger vorhandener „Komplexe“ und anderer der früher geschilderten krankhaft veränderten geistigen Vorgänge; die Grundfunktionen aber können erhalten sein. Im großen ganzen sind selbstverständlich auch bei dem Zwiesinn die höheren, komplizierteren geistigen Leistungen mehr beeinträchtigt als die einfacheren.

Weiter eindringend schildert Bleuler das, was man bei diesen Kranken „Blödsinn“ nennt, in seinen einzelnen Bestandteilen. Die Begriffe verarmen nicht, wie etwa bei einem blöden Epileptiker, sondern sie werden nicht immer in allen ihren Beziehungen gedacht; diese Störung wechselt aber von einem Moment zum anderen. Bei Verkennung von Dingen wird zeitweise nur ein Teil von deren Eigenschaften beachtet und dieser dann zu einem anderen Gegenstand hinzuergänzt. Als Verdichtung bezeichnet Bleuler das Zusammenziehen mehrerer Begriffe in einen einzigen, z. B. wenn mehrere Personen als

eine, oder verschiedene Dinge als eins aufgefaßt und über diese verschiedenen Personen oder Dinge dasselbe ausgesagt wird. Die häufige Gleichsetzung zweier Begriffe auf Grund eines gemeinsamen Bestandteils führt oft zur Anwendung symbolischer Ausdrücke. Von Einfluß auf die Begriffsbildung sind auch etwa vorhandene, gefühlsbetonte, krankhafte „Komplexe". Endlich erleidet sie auch häufig eine Störung durch unsinnige Verallgemeinerung. Ob der Kranke viel oder wenig denkt, hängt von seinem Interesse ab; ob er richtig denkt, außerdem davon, ob das Denken im Bereiche krankhafter Phantasiegebilde stattfindet. Die die Gedanken begleitenden Gefühle sind „psychische Wertzeichen" (Schüle). Ihr Verlust oder ihre Trennung von den Begriffen ist eine der wichtigsten Ursachen, wenn der Zwiesinnige nicht Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden vermag, ihre krankhafte Steigerung oder ihre Verknüpfung mit nicht zugehörigen Vorstellungen ebenso eine der wichtigsten Ursachen verkehrten, sinnwidrigen Handelns, das den Eindruck des Schwachsinns macht.

Daß die Geistesschwäche des Zwiesinns nicht die gewöhnliche ist, ergibt sich auch aus dem Verhalten der seelischen Beeinflußbarkeit, die beim Zwiesinn nicht, wie bei den meisten zur Verblödung führenden Krankheiten, gesteigert, sondern vielmehr im ganzen herabgesetzt ist, wenn nicht Oberflächlichkeit des Gefühlslebens und Störungen in Ablauf und Verbindung der Vorstellungen zu einer übertriebenen Gläubigkeit führen. Die durch irgendwelchen Intelligenzdefekt wohl nicht verursachte Loslösung von der Wirklichkeit (Autismus) bewirkt die ärgsten Fehler in der Logik, aber nur solche, wie sie durch den Einfluß der phantastischen Wünsche und Befürchtungen entstehen können, nicht aber solche des Blödsinns. Auch durch die Lockerung der gewohnten Gedankenverbindungen und den beständigen Wechsel der Denkrichtung kann es zu keinem Resultat des Gedankenganges kommen. Oft auch deshalb nicht, weil ein beliebiger Gedanke sofort mit dem herrschenden Komplex verknüpft wird oder auch, weil die Patienten keine Verbindung zu dem Komplex finden; sie antworten ausweichend, oder in allgemeinen gleichgültigen oder leeren Redensarten, oder mit ja statt nein und umgekehrt, obgleich sie es zu anderer Zeit ganz gut wissen. Sie antworten in den Tag hinein, und manchmal, bevor die Frage zu Ende gesprochen worden ist, so daß die Antwort und das ganze Verhalten in der Tat einen „blödsinnigen" Eindruck macht. Auch kommt es sehr oft vor, daß sie auf eine Frage eine ganz oder gar nicht damit in Zusammenhang stehende Antwort geben; der Inhalt der letzteren entspringt dann vielmehr dem zufällig bei dem Kranken vorhandenen Komplex, ist also, wenn auch unsinnig, keineswegs „blödsinnig". Ähnliches kommt vor beim Wiedererzählen gelesener kurzer Geschichten, Begebenheiten etc. Sehr auffallend ist es, daß die Kranken für die in ihren Äußerungen oder Handlungen zum Vorschein gekommenen Widersprüche kein Empfinden, auch kein Bedürfnis haben, diese Widersprüche zu beseitigen, kein Kausalitätsbedürfnis.

Aus alledem ergibt sich, daß die Geistesschwäche, zu welcher die Störungen des Zwiesinns bei der Mehrzahl der Kranken führt, von dem Blödsinn des Idioten oder Epileptikers oder Paralytikers grundverschieden und wesensverschieden ist.*) So gibt es denn bekanntlich unter selbst „dementen" Zwiesinnigen nicht nur solche, die mechanische Arbeiten, auch geistige, mit der größten Gewissenhaftigkeit jahraus jahrein besorgen, sondern auch gewiegte Karten- und Schachspieler.

*) Bleuler sagt mit Recht S. 59: „Bei keiner Krankheit ist die Störung der Intelligenz mit den Worten Blödsinn und Demenz so unzulänglich bezeichnet, wie bei der Schizophrenie."

(Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 244.

Wenn ein geladener Sachverständiger in der Hauptverhandlung erklärt, jetzt ein Gutachten nicht abgeben zu können, da er vorher erst eine genaue Schriftvergleichung vornehmen müsse, so war seine Vernehmung in der Hauptverhandlung unmöglich, und er konnte nicht als „bereitstehendes Beweismittel" in Betracht kommen, die Unterlassung seiner Vernehmung nicht einen Verstoß gegen § 244 StPO. bilden. (RG. V. 12. April 1910.)

Jahrb. 1910 pag. 184.

§ 250.

Die richterliche Vernehmung eines Sachverständigen erfordert, daß der vernommene Sachverständige eine mündliche Erklärung abgibt, durch welche er den Inhalt und die Gründe seines Gutachtens zur Kenntnis des Richters bringt. Diese Erklärung kann durch den Hinweis auf ein zu den Akten gebrachtes Gutachten, ohne daß dessen Inhalt mündlich wiederholt wird, nicht ersetzt werden, da der Richter durch diesen Hinweis von dem Gutachten nichts erfährt und nicht in die Lage versetzt wird, gemäß §§ 68, 72 StPO. zur Aufklärung und zur Erforschung der Gründe des Gutachtens nötigenfalls weitere Fragen an den Sachverständigen zu richten. Da hiernach das schriftliche Gutachten keinen Teil der Vernehmung des Sachverständigen gebildet hat, verstieß dessen Verlesung gegen § 250 StPO. (RG. IV. 2. Mai 1911.) D. R. Entsch. Nr. 2024.

§ 377 Nr. 8.

Der Antrag des Verteidigers, von ihm benannte Ärzte als sachverständige Zeugen darüber zu vernehmen, daß der Angeklagte zur Zeit der Behandlung durch diese Ärzte unzurechnungsfähig gewesen sei, womit erkennbar behauptet wurde, daß er zur Zeit der Begehung der Tat unzurechnungsfähig gewesen sei durfte nicht mit der Begründung abgelehnt werden, daß der in der Hauptverhandlung vernommene Sachverständige erklärt habe, daß er auch bei Befragung der Ärzte zu keinem anderen Ergebnis kommen würde. Pflicht des Gerichts war es, sich selbst ein Urteil über die Erheblichkeit des beantragten Beweises zu bilden. Konnte dies infolge der Beschaffenheit des besonderen Antrages als eines solchen auf Vernehmung sachverständiger Zeugen (über Tatsachen und Zustände, welche die Ärzte bei der Behandlung des Angeklagten wahrgenommen hatten) ohne Erhebung des Beweises nicht geschehen, so war eine solche nicht zu umgehen. RGSt. Bd. 29 pag. 152 steht nicht entgegen, weil dort vom Gericht auf Grund des Ergebnisses der Hauptverhandlung selbständig geprüft und entschieden war, ob die weitere Beweiserhebung zu veranlassen war. (RG. IV. Urteil vom 16. Mai 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2411.

§ 493.

Als Strafverbüßung ist es nicht anzusehen, wenn ein kranker Gefangener der Armenverwaltung zur Verfügung gestellt und von dieser ohne weitere Überwachung durch die Staatsanwaltschaft in eine Irrenanstalt gebracht wird. (Düsseldorf, 3. Februar 1910.) Jahrb. 1910 pag. 222.

§ 493.

Der Verurteilte, der in eine Klinik gebracht worden ist, diese aber eigenmächtig verlassen und sich darauf aus eigenem Antrieb in eine andere Anstalt begeben hat, kann nicht die Einrechnung der in letzterer zugebrachten Zeit in die Zeit der Strafvollstreckung verlangen. (Dresden, 25. Aug. 1909.)

Jahrb. 1910 pag. 223.

III. Militärstrafgesetzbuch.

§ 2.

Hat eine Militärperson vor Vollendung ihres achtzehnten Lebensjahres eine nach gemeinem Strafrechte strafbare Handlung begangen, so ist eine Bestrafung nur möglich, wenn festgestellt wird, daß der Täter die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der begangenen Handlung erforderliche Einsicht zur Zeit der Tat hatte. (RMG. I. 6. Juli 1908.)

Jahrb. 1910 pag. 143.

§ 157.

Durch eine Disziplinarbestrafung wegen Trunkenheit werden nicht auch die in diesem Zustande von dem Bestraften begangenen strafbaren Handlungen getroffen und erledigt. (RMG. II. 13. Januar 1909.)

Jahrb. 1910 pag. 153.

IV. Militärstrafgesetzordnung.

§ 217.

Die Bestimmungen des § 217 MStGO. haben auch auf die Hauptverhandlung vor den erkennenden Gerichten Anwendung zu finden. Das Gericht ist hierbei an die in § 217 aufgestellten Voraussetzungen, wie an die dort gesteckten Grenzen gebunden. Ein eventueller, die Beobachtung des Angeklagten in einer Irrenanstalt anordnender Gerichtsbeschluß ist vom Gerichtsherrn zur Ausführung zu bringen. Der Verteidiger aber kann, da die Voraussetzungen des § 217 vorliegen müssen, einen dahin gehenden Antrag unabhängig von einem Antrag oder der Zustimmung des Sachverständigen nicht stellen. Es braucht daher ein ohne diese Voraussetzung gestellter Antrag des Verteidigers weder durch Beschluß noch in den Urteilsgründen beschieden zu werden, da er kein eigentlicher Beweisantrag im Sinne von § 298 Abs. 2 MStGO. ist. (RMG. II. 19. Sept. 1908.)

Jahrb. 1910 pag. 236.

§ 298.

Wenn es auch im pflichtmäßigen Ermessen des Gerichts steht, inwieweit es Sachverständige hören

will, so handelt es sich doch bei einem Antrage auf Vernehmung von Zeugen über den Geisteszustand des Angeklagten lediglich um einen Antrag auf Zeugenvernehmung, und ist dieser prozessual wie jeder andere Antrag auf Zeugenvernehmung zu behandeln. Eine Vorwegnahme des Beweisergebnisses ist insoweit also unzulässig. (RMG. I. 17. Sept. 1908.)

Jahrb. 1910 pag. 238.

V. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6.

Es kommt darauf an, ob der zu Entmündigende einen Hang zur zweck- und nutzlosen Vermögensverschleuderung besitzt, der die Besorgnis begründet erscheinen läßt, daß er durch sein an den Tag gelegtes entsprechendes Verhalten sich oder seine Familie dem Notstande preisgebe. Unerheblich ist, ob das die wirtschaftliche Existenz bedrohende Gebaren in unmäßigen Geldausgaben, unbesonnenem Schuldenmachen, in unverantwortlicher Geschäftsführung oder Vernachlässigung der Wirtschaft besteht, und ebensowenig ist erforderlich, daß bereits ein bedeutender Teil des vorhandenen Vermögens durchgebracht ist. (RG. IV. 6. Mai 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3046.

§ 104 Nr. 2.

Wenn in den Gründen des BU. ausgeführt wird, die von der Klägerin behaupteten Umstände seien nicht genügend, um den Schluß zu rechtfertigen, daß die Klägerin am 11. April 1908 nicht nur geistesschwach, sondern geisteskrank und geschäftsunfähig im Sinne des § 104 Nr. 2 BGB. gewesen sei, und wenn an einer anderen Stelle gesagt wird, die behaupteten Tatsachen seien nach der Überzeugung des Gerichts auch nicht geeignet, dem benannten Sachverständigen eine Unterlage für ein auf Geisteskrankheit, nicht bloß auf Geistesschwäche lautendes Gutachten abzugeben, so lassen diese Ausführungen deutlich erkennen, daß der BerR. davon ausgeht, zur Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Nr. 2 zit. gehöre Geisteskrankheit, Geistesschwäche aber sei nicht genügend. Der BerR. glaubt also, den Unterschied, den der § 6 Nr. 1 BGB. zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche macht, auch bei der Bestimmung des Begriffs der Geschäftsunfähigkeit des § 104 zit. verwerten zu dürfen, und er nimmt ersichtlich an, von einer solchen Geschäftsunfähigkeit könne zwar im Falle einer Geisteskrankheit, nicht aber auch im Falle einer Geistesschwäche die Rede sein. Eine solche Auffassung ist indessen rechtsirrtümlich. Der Begriff der krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 104 Nr. 2 zit. ist, wie das RG. schon wiederholt ausgesprochen hat, ein weiterer als der Begriff der Geisteskrankheit im Sinne des § 6 Nr. 1 zit., er kann sowohl Fälle der Geisteskrankheit wie auch solche der Geistesschwäche umfassen (vgl. u. a. RG. 50, 207; J. W. 1909, 411). Auch wenn die Klägerin zur maßgebenden Zeit nur geistesschwach im Sinne des § 6 Nr. 1 zit. gewesen sein sollte, so würde daher dieser Umstand ihre damalige Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Nr. 2 zit. nicht ausgeschlossen haben; daraus folgt von selbst, daß auch die Entmündigung der Klägerin wegen Geistesschwäche den BerR. nicht an der Feststellung hinderte, die Klägerin sei zu der maßgebenden Zeit nach § 104 Nr. 2 zit. völlig geschäftsunfähig gewesen (cf. auch Urteil des RG. vom 21. Oktober 1907 in Seuff. Arch., Bd. 63, Nr. 56 und J. W. 1907, 737). Nötig war hierzu lediglich der Nachweis der in dem § 104 Nr. 2 zit. selbst erforderten Voraussetzungen; unter den Begriff der dort vorausgesetzten krankhaften Störung der Geistestätigkeit kann aber auch schon ein angeborener Schwachsinn fallen, wie er nach dem von dem Sachverständigen Dr. L. in den Entmündigungsakten abgegebenen Gutachten bei der Klägerin vorhanden gewesen zu sein scheint und der dann nach demselben Gutachten auch eine „auffallend leichte Bestimmbarkeit“ der Klägerin und hiermit unter Umständen den Ausschluß der freien Willensbestimmung auf Seiten der Klägerin zur Folge gehabt hat (cf. J. W. 1908, 323). Alles dies verkennt der BerR., sein Urteil beruht daher auf einem Rechtsirrtume und mußte schon aus diesem Grunde aufgehoben werden. (S. c. W., U. v. 10. Dez. 1910, 377/10. Y. — Posen.) J. W. pag. 179.

§§ 104 und 105.

Steht fest, daß bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts der Handelnde infolge von Geisteskrankheit sich in einem Zustande befunden hat, der seine freie Willensbestimmung ausschloß, so bedarf es zur Annahme der Nichtigkeit nicht auch der Feststellung, daß der Zustand ein dauernder war.

Wenn der Erblasser bei Erklärung des angeblichen Schulderlasses infolge seiner Geisteskrankheit sich in einem Zustande befand, in dem seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, so war die von ihm abgegebene Willenserklärung unter allen Umständen nichtig, und zwar im Falle dauernden Ausschlusses der freien Willensbestimmung nach § 105 Abs. 1 in Verbindung mit § 104 Ziff. 2 BGB., im Falle eines nur vorübergehenden Ausschlusses der

freien Willensbestimmung nach § 105 Abs. 2 daselbst. (RG. V. 10. Juli 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3148.

§ 107.

Schenken Eltern ihrem beschränkt geschäftsfähigen minderjährigen Kinde ein Grundstück, so bedarf dieses zur Entgegennahme der Auflassung und Bestellung eines Nießbrauchs für seine Eltern an dem geschenkten Grundstücke keiner Einwilligung des gesetzlichen Vertreters. (Colmar, 5. Sept. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3149.

(Fortsetzung folgt.)

Urteil des Kgl. preussischen Kammergerichts betr. § 672 Abs. 3 ZPO.

(Schluß.)

Auf Grund dieser Erwägungen legt das Berufungsgericht die in Rede stehende Vorschrift des § 672 Satz 3 ZPO. dahin aus, daß nach Erhebung einer auf Aufhebung eines Entmündigungsbeschlusses gerichteten Anfechtungsklage schon vor Erlaß des Urteils auf Antrag zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten einstweilige Verfügungen nach Maßgabe der §§ 936 bis 944 ZPO. erlassen werden können. In diesem Sinne hat der erkennende Senat sich bereits in Sachen E. c/a. E. — 23 U 76 67/10 — in dem am 17. November 1910 verkündeten Urteil ausgesprochen. Aus den in § 672 angezogenen §§ 936 bis 944, insbesondere aus § 940 ZPO. ergibt sich, daß der Erlaß von einstweiligen Verfügungen auf Grund der ersteren Vorschrift an die weitere Voraussetzung geknüpft ist, daß die beantragten Schutzmaßregeln zur Abwendung wesentlicher Nachteile oder zur Verhinderung drohender Gewalt, oder aus anderen Gründen nötig erscheinen. Ferner gilt auch hier der § 938 ZPO., welcher dem Gericht gestattet, nach freiem Ermessen die zur Erreichung des Zweckes der einstweiligen Verfügung erforderlichen Anordnungen zu bestimmen.

Der Kläger begehrt in erster Linie eine einstweilige Verfügung dahin, daß sein Vormund abgesetzt werde. Ob im Rahmen des § 672 eine solche Maßregel überhaupt zulässig ist, braucht jetzt nicht entschieden zu werden. Denn, da der Kläger nach § 104 Nr. 3 BGB. geschäftsunfähig ist, also nicht selbst für sein Vermögen sorgen kann, würde die Absetzung seines Vormundes eine Gefährdung seines erheblichen Vermögens zur Folge haben, da nicht ersichtlich ist, daß in sonstiger Weise für die Erhaltung und Verwaltung seines Vermögens gesorgt ist. Zudem hat der Antragsteller in keiner Weise glaubhaft gemacht, daß die Beibehaltung des Vormundes oder die Fortdauer der Vormundschaft als solche erhebliche Nachteile für ihn im Gefolge hat. Daher konnte schon aus diesem Grunde dem Prinzipalantrage wegen Mangels der Erfordernisse des § 940 ZPO. nicht stattgegeben werden. Dagegen erscheint das Verlangen des Klägers nach einer Anordnung, die seine persönliche Freiheit und seine ausreichende Alimentierung gewährleistet, unter dem Gesichtspunkt des Schutzes seiner Person begründet. Auf Grund des vom Kläger beigebrachten Urkundenmaterials erachtet der Senat für ausreichend glaubhaft gemacht, daß der Kläger gegenwärtig geistig gesund und geschäftsfähig ist, daß er sich in dauernder Furcht, wiederum in eine geschlossene Anstalt gebracht zu werden, befindet, und daß er erhebliche Mittel aufwenden muß, um die Aufhebung seiner Entmündigung durchzusetzen. Diese Umstände begründen die Notwendigkeit von Maßregeln im Sinne der Eventualanträge des Klägers. Denn es liegt auf der Hand, daß ein geistig gesunder Mensch, der bereits wegen Geisteskrankheit in einer geschlossenen Anstalt interniert gewesen ist, gleichviel, ob er geisteskrank gewesen ist oder nicht, durch die ständige Furcht, wieder eingesperrt zu werden, in Geisteskrankheit verfallen oder wieder verfallen kann.*) Deshalb ist im Wege der einstweiligen Verfügung zunächst angeordnet, daß der Kläger in der Wahl seines Aufenthaltes frei ist. Diese Anordnung ist dazu bestimmt, den Kläger vor Wiedereinsperrung zu sichern. Der mehreren Deutlichkeit wegen ist noch ausdrücklich bestimmt, daß der Vormund, der nach §§ 1897, 1793, 1901 BGB. das Recht und die Pflicht hat, für die Person des Klägers zu sorgen, den Kläger in der Wahl seines Aufenthalts nicht beschränken soll. Es ist ferner nicht zu verkennen, daß die vollständige pekuniäre Abhängigkeit des Klägers von seinem Vormunde geeignet ist, die körperliche und die geistige Gesundheit des Klägers zu gefährden, sofern ihm nicht Unterhaltsgelder in einem Maße zugänglich gemacht werden, welches ihn in den Stand setzt, sich nach

*) Hier gesperrt gedruckt.

den Aufregungen der letzten Zeit gut zu verpflegen, in einer seinem Stande entsprechenden Weise gesellschaftlich aufzutreten und die zu seiner Rechtsverfolgung erforderlichen Kosten für ärztliche Gutachten, Rechtsbeistand und Reisen zu bestreiten. Durch die Erklärung des Prozeßbevollmächtigten in Verbindung mit der Sachlage im übrigen ist glaubhaft gemacht, daß dem Kläger der Bezug ausreichender Unterhaltsgelder zurzeit nicht gesichert ist. Deshalb erachtete der Senat es für angezeigt, dem Vormund zu gebieten, daß er dem Kläger aus den Einkünften des Mündelvermögens eine Unterhaltsrente von 600 M. monatlich im voraus zahlt. Eine Rente in dieser Höhe erschien nach jetziger Sachlage erforderlich und ausreichend. Durch die Anordnung deren Zahlung aus den Einkünften ist Fürsorge getroffen, daß der Vermögensbestand des Klägers nicht angegriffen wird. Außerdem belaufen sich ausweislich der Vormundschaftsakten die Einkünfte des Mündelvermögens auf erheblich mehr als 7200 M. jährlich. Demgemäß war eine einstweilige Verfügung, die dem Kläger die persönliche Freiheit und eine Jahresrente von 7200 M. sichert, zu erlassen. Weitergehende Maßregeln erschienen nicht erforderlich und waren daher abzulehnen.

Hinsichtlich der Zulässigkeit der vom Senat erlassenen Anordnungen mag noch folgendes bemerkt werden:

Welche Anordnungen im einzelnen auf Grund des § 672 Abs. 3 ZPO. erlassen werden können, ist weder aus dem Gesetz noch aus den gesetzgeberischen Vorarbeiten zu entnehmen.

Der Senat nimmt daher an, daß im Falle des § 672 Satz 3 cit. das durch § 938 ZPO. dem Gericht eingeräumte freie Ermessen in der Auswahl der Maßregeln nur durch den in der ersteren Vorschrift angegebenen Zweck begrenzt wird. Deshalb ist nach Ansicht des Senats dem zur Anwendung der Vorschrift des § 672 Satz 3 ZPO. berufenen Richter das Gebiet des Familienrechts ebenso wenig verschlossen als dem Prozeßrichter im Falle des § 627 ZPO. Endlich entsteht noch das Bedenken, ob im Falle des § 672 Satz 3 cit. der Richter dem Vormunde eine Handlung ge- oder verbieten kann, und bejahenden Falles, ob dies auch dann angängig ist, wenn der Vormund an dem Verfahren nicht beteiligt ist. Der Senat hat beide Fragen bejahen zu sollen geglaubt. Da der Gesetzgeber Anordnungen zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten im Anfechtungsprozesse für zulässig erklärt hat, muß er auch damit gerechnet haben, daß durch solche Anordnungen in die Befugnisse des Vormundes eingegriffen wird. Denn da der Entmündigte zufolge des § 1896 BGB. im Anfechtungsprozeß regelmäßig einen Vormund hat und letzterer das Recht und die Pflicht hat, für die Person und das Vermögen des Mündels zu sorgen, kann eine zum Schutz der Person oder des Vermögens des Entmündigten bestimmte Anordnung in der Regel nicht getroffen werden, ohne daß dadurch in die Befugnisse des Vormundes eingegriffen wird. Daraus entnimmt der Senat das Recht, im vorliegenden Falle dem Vormunde eine Handlung zu ge- und zu verbieten. Ein solches Eingreifen in die Rechte des Vormundes enthält übrigens auch die von mehreren Kommentatoren als Beispiel zum § 672 ZPO. angeführte Anordnung, daß der Entmündigte aus der Irrenanstalt zu entlassen sei. Der Umstand, daß durch die einstweilige Verfügung dem Vormunde eine Handlung ge- oder verboten wird, trotzdem dieser nicht Partei ist und auch sonst zum Verfahren nicht zugezogen ist, steht zwar mit dem Grundsatze, daß das Urteil nur Recht schafft zwischen den Parteien, nicht in Einklang. Hieraus kann aber nach der Meinung des Senats ein Grund gegen die Zulässigkeit der erlassenen Anordnungen nicht entnommen werden: denn einmal ist das Verfahren in Entmündigungssachen ein besonders geartetes Verfahren, auf welches die für gewöhnliche Prozesse geltenden Rechtsgrundsätze nicht schlechthin angewendet werden können. Sodann ist die Zuziehung des Vormundes zu dem Verfahren über die Anfechtungsklage nur in den hier nicht vorliegenden Fällen der Abs. 2 und 3 des § 666 ZPO. geboten. Wenn nun der Gesetzgeber dem Richter des Anfechtungsprozesses ohne Rücksicht darauf, ob der Vormund zu dem Verfahren zugezogen ist oder nicht, die Anordnung von Schutzmaßregeln gestattet, die ohne Beeinträchtigung der Rechte des Vormundes nicht durchführbar sind, so erteilt er ihm hiermit auch die Befugnis, in die Rechte eines am Verfahren nicht beteiligten Vormundes einzugreifen. Eine andere hier nicht zu entscheidende Frage ist die, ob der Vormund eventuell zur Befolgung der einstweiligen Verfügung durch das Vollstreckungsgericht oder durch das Vormundschaftsgericht anzuhalten ist.

Aus diesen Gründen war unter Abänderung des angefochtenen Urteils in der Hauptsache, wie geschehen, zu erkennen.

Nach §§ 673, 91 ZPO. fallen die Kosten des Verfahrens der Staatskasse zur Last, weil der Kläger, trotzdem seine Anträge teilweise abgewiesen werden, mit seinem Verlangen nach geeigneten Schutzmaßregeln durchdringt.

Mitteilungen

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 46. Versammlung am 4. Mai 1912, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstr. 26, pt. Tagesordnung. 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Mitteilungen und Demonstrationen. 2. Cramer-Göttingen: Thema vorbehalten. 3. Snell-Lüneburg: Zur Ausbildung des weiblichen Oberwartpersonals. 4. Rühle-Uchtspringe: Gefäßveränderungen und Abbauvorgänge im Zentralnervensystem nach experimenteller Methylalkoholvergiftung. 5. Grütter-Lüneburg: Ergebnisse der Wassermannschen Blutuntersuchung in der Heil- und Pflege-Anstalt Lüneburg. 6. Eichelberg-Göttingen: Organische Nerven- und Gehirnerkrankungen nach Unfall. 7. Redepenning-Göttingen: Die neue Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge. Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

Der Vorsitzende:
gez. Gerstenberg-Hildesheim.

— Eine **„Schnellfärbungsmethode der Spirochäte pallida im Gewebe"** gibt Dr. H. Nakano in Tokio an (Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 9, vom 29. Februar 1912).

Die Behandlung der spirochätenhaltigen Gewebsstücke ist danach folgende:

„1. Das Spirochäten enthaltende Gewebe wird in 10%ige Formalinlösung gebracht (große Stücke müssen etwas länger, kleine Stücke nur 10 bis 20 Minuten darin liegen bleiben).

2. Man schneidet 1 bis 2 mm dicke Scheiben und bringt sie für drei bis fünf Stunden in 95%igen Alkohol.

3. Die dünnen Stücke werden für zehn Minuten in fließendes Wasser gebracht.

4. In 1,5%ige Argentum-nitrikum-Lösung gelegt (dunkles Gefäß) und für vier bis fünf Stunden in eine Temperatur von 50° C (Brutschrank) gebracht.

5. Nachher werden die Gewebe in Pyrogallus-Formalinlösung (Pyrogallussäure 3,0, 10%ige Formalinlösung 5,0, Aqua destillata 100,0) gebracht und wieder in einer Temperatur von 50° C (Brutschrank) vier bis zehn Stunden belassen.

6. Alsdann werden die Gewebe in 95%igem Alkohol, absolutem Alkohol und Xylol und danach in Paraffin eingebettet."

Wenn man frühmorgens die Untersuchung beginnt, kann am nächsten Abend schon festgestellt sein, ob Spirochäten im Präparat vorhanden sind.

Die Paraffineinbettung nimmt für sehr kleine Stücke nur zwei bis vier Stunden in Anspruch.

Referate.

— Groos-Gießen, Prof. Dr. K., Das Spiel als Katharsis. Zeitschrift für pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik, 12. Jahrgang.

Das Spiel wird wegen seiner subjektiven Freiheit von draußenliegenden Zwecken von manchen Theoretikern für eine objektive Zwecklosigkeit gehalten. Hiergegen wendet sich Verf. mit seiner Katharsis-Theorie des Spiels. Es dient hiernach nicht zu einer Abschwächung niederer Instinkte, wie Carr meint (der Pflegetrieb des Weibes z. B. wird nicht durch das Jugendspiel mit der Puppe abgeschwächt), sondern zu einer vorübergehenden, harmlosen Entladung der beiden wichtigsten Instinktgruppen des Menschen, der Kampf- und der sexuellen Triebe. Die Kampfinstinkte werden im Spiel in Schranken gehalten durch Kameradschaftlichkeit und Spielgesetze, die sexuellen Triebe — soweit sie sich auf reale Personen beziehen — durch Einschränkung auf die Anfangsstadien und Ableitung auf Bewegungs- und Kampfspiele (Tanz, Gesellschaftsspiele, Flirt), wobei die gegenseitige Kontrolle in gesellschaftlichen Vereinigungen eine nicht unwesentliche Rolle spielt. Gefährlicher für das Einzelindividuum ist diejenige Seite des sexuellen Triebes, die sich in ideellem Erleben sexueller Beziehungen abspielt (Lektüre, Wachträumen); hier droht leicht eine sexuelle Überhitzung der Phantasie, und es bedarf durchaus einer Kontrolle der einschlägigen Jugendschriften.

Die Ausführungen des Verf. sind klar und folgerichtig und für Pädagogen und Ärzte gleichwichtig und lesenswert. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Lauenburg i. Pommern.** Am 7. April 1912 starb plötzlich der Oberarzt der Provinzial-Heilanstalt Dr. Fr. Taubert. Eine wertvolle Arbeit über periodische Psychosen (Archiv f. Psych., Bd. 47, p. 66) und ein Vortrag über periodische Indikanurie beim man.-depr. Irresein rühren von ihm her. Für seine physiolog.-chemischen (Stoffwechsel-) Untersuchungen war ihm hier ein besonderes Laboratorium eingerichtet worden. S.

— **Breslau.** Als Nachfolger von Prof. Dr. Bonhoeffer, Direktor der psychiatrischen Klinik zu Breslau, der als Nachfolger Ziehens nach Berlin übergesiedelt ist, sind vorgeschlagen die Professoren Dr. Bleuler (Zürich) und Dr. Alzheimer (München).

— **Wien.** Dem Privatdozenten Dr. E. Stransky in Wien sind von der Akademie der Wissenschaften zu Wien 200 Kronen für Untersuchungen zur pathologischen Histologie der Hirn- und Meningealvenen bewilligt worden.

---

diese massenhaft an die Armee, Aerzte, Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Institute, Hochschulen usw. des In- und Auslandes und sind dessen Fabrikate überall wegen ihrer Güte und Zuverlässigkeit sehr beliebt, was die zahlreichen Anerkennungsschreiben beweisen, die eingehen; einige hiervon nachstehend:

Dr. med. Friedr. Fried, k. k. Bez.-Oberarzt in Przemysel schreibt: „Ihr Fabrikat ist wirklich sehr gut, was ich mit Vergnügen konstatiere."

Herr von Chelehowski, Arzt in Lublin schreibt: „Die bereits mehrmals von Ihnen bezogenen Thermometer waren sehr gut und zuverlässig."

Herr Dr. Dreyer, Höhscheid schreibt: „Mit den von Ihnen bezogenen Thermometern war ich in jeder Beziehung zufrieden und werde ich Sie auch künftig mit gutem Gewissen empfehlen."

Herr Dr. Hertmanni, Elberfeld schreibt: „Bin mit der Sendung wieder sehr zufrieden."

Herr Stadt- u. Distr.-Arzt Fleischer in Zamnitz schreibt: „Bin von der ersten Sendung Ihrer Thermometer so befriedigt, daß ich neuerdings bestelle" usw.

Die Firma sendet gerne jedem Arzte und Heilanstalt auf Wunsch Muster zur Ansicht franko ein.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Am **Landeshospital Merxhausen** bei Cassel, Irrenanstalt für Frauen mit 800 Betten, soll unter Vorbehalt eines Probejahres die Stelle eines

Abteilungsarztes

zum 1. Mai oder später besetzt werden. Pensionsfähiges Gehalt 3200 bis 7200 M. nebst Dienstwohnung und Garten. Pensions- und Hinterbliebenen-Versorgung wie im unmittelbaren Staatsdienst. Qualifizierte Bewerber wollen sich unter Einreichung v. Approbation, Zeugnissen, Lebenslauf und amtsärztlichen Gesundheitsattest bei dem Direktor der Anstalt melden.

Arzt, Dr. med. Ende 30, ev., verh., bisher in großer Allgemeinpraxis, sucht zwecks Überganges zur Psychiatrie

Assistentenstelle

mit Aussicht auf Beförderung. Gefl. Offerten unter **M. B. 2201** an die Exp. d. Bl.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823

Nr. 4 | 27. April | 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Der Zwiesinn.

Von Dr. *J. Bresler*.

(Schluß.)

Auffallend oft findet man bei Zwiesinnigen Neigung zu künstlerischer Betätigung, insbesondere zum Malen, Zeichnen und Dichten; allerdings kommt nur selten und nur in Zeiten des Nachlassens der Krankheit etwas zustande, was vor selbst nachsichtiger Kritik bestehen kann. Von einfachen dichterischen Entgleisungen bis zum unverständlichen Wortsalat trifft man alle Übergänge bizarrer geschrobener Künstelei und Gedankenleere. Und auffallend oft finden sich unter den geistig erkrankten Dichtern Zwiesinnige, z. B. Hölderlin, Schumann, Scheffel. Nach Bleuler wäre diejenige Geistesanlage, welche gestattet, alle Gedankentätigkeit, alles Empfinden unter die Herrschaft eines Phantasiegebildes zu stellen, ein solches neues, eigenartiges, mehr oder weniger selbständiges Phantasiegebilde überhaupt aus seinem innersten Seelenleben heraus zu schaffen und zu empfinden — wie das alles beim Künstler der Fall ist —, etwas, dem die Geistesbeschaffenheit des Zwiesinnigen — selbstverständlich nur äußerlich — ähnlich, etwas, wovon letztere ein krankhaftes Zerrbild ist. („Komplexmenschen".) — (Ich selbst habe beobachtet, daß manche solche Kranke große Befriedigung in intensiver stundenlanger Beschäftigung mit Rechnen oder Geometrie finden, und ich habe den Eindruck, daß die Freude über eine gelungene Lösung, und der logische Genuß an dem sicheren Aufbau eines geometrischen Lehrsatzes, der wohltuende Denkzwang der Beweisführung, dem man sich gern anvertraut, d. h. der Zwang zum absolut richtigen Denken, diesen Kranken, wenigstens einem Teil von ihnen, eine gewisse Entschädigung bietet für das grausame Rätsel, womit sie der krankhafte Zwiespalt des Denkens, der Zwiesinn der Seele, plagt von früh bis abends und oft noch im Traume. Und haben nicht manche unserer größten Philosophen, wenn sie ratlos und voll Zweifels vor dem großen Fragezeichen: was ist der Sinn des Daseins? standen, ihre Zuflucht zur mathematischen Wissenschaft, speziell zur Geometrie genommen?)

So wunderbar klar und trotz der aufgedeckten zahlreichen neuen Zusammenhänge so einfach und so leicht faßlich liegt das labyrinthisch verwickelte Seelenleben des Zwiesinnigen jetzt durch die tiefgründige Forschung Bleulers vor uns, und das war dadurch möglich, daß er nicht nur die leisesten Regungen des Gemüts seinen Patienten in unermüdlicher Arbeit abgelauscht, sondern für alle diese krankhaften Seelenvorgänge uns aus dem Gesunden die Erklärung heranbringt und zeigt, wie aus dem falschen Zusammenwirken an sich normaler Mechanismen des Empfindens, Denkens und Wollens das vielgestaltige Krankheitsbild des Zwiesinns entsteht.

Wir müssen ihm nun noch für ein paar Augenblicke in das praktisch so wichtige Kapitel: Handeln und Benehmen der Kranken folgen. Das Handeln eines ausgesprochen Zwiesinnigen „ist gestempelt durch Interesselosigkeit, Mangel an Initiative und an einem bestimmten Ziel, durch ungenügende Anpassung an die Umgebung, d. h. Außerachtlassen vieler Faktoren der Wirklichkeit, durch Zerfahrenheit, plötzliche Einfälle und Sonderbarkeiten." Die leichten Fälle sind gekennzeichnet durch Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Schmollen, Schimpfen und Davonlaufen wegen Kleinigkeiten; auf der einen Seite schließen sie sich von der Gesellschaft ab, auf der

anderen Seite begehen sie Exzesse in liederlicher Gesellschaft, dabei geraten sie leicht auf die Bahn des Verbrechens. Zuerst versagt in der Regel die Energie, dann die Intelligenz; einzelne aber arbeiten wie eine Maschine, anscheinend ohne Rücksicht auf Ermüdung; sind sie fertig, so bleiben sie untätig stehen, bis ihnen neue Arbeit aufgetragen wird. Ebenso gibt es Zwiesinnige, welche auf einseitig gerichtete Arbeit alle ihre Energie verwenden, wie die Weltverbesserer, die Pseudodichter. Sie führen oft die Arbeit gerade so aus, wie sie es sich in den Kopf gesetzt haben, auch wenn sie dabei nicht zum Ziele kommen. Aber unter Umständen erreichen sie es gerade durch ihre Hartnäckigkeit; sie imponieren dann vielleicht sogar mit ihrer Ausdauer. Eine Kranke erheiratete sich einen Mann, ohne daß er eigentlich einverstanden war, und zwar „einen Mann, der sonst seinen eigenen Willen besitzt und sich in sehr ausgesetzter Stellung einen Namen gemacht hat." Sie verwenden zuweilen hartnäckig ihre ganze Kraft und Zeit auf Dinge, auch wissenschaftliche, denen sie nach Anlage, Wissen und Können gar nicht gewachsen sind. „Immerhin sagen viele im kleinen und im großen Wahrheiten, an die der Gesunde nicht denkt." Im Äußeren zeigen sie zuweilen übertriebene Eitelkeit bis zur tollen Fratze; meistens sind die Kranken aber salopp in allen Beziehungen. Schrullenhaftigkeit kommt gewöhnlich vor; drei aus guter Familie stammende Kranke versteckten lange Zeit, als sie noch als gesund galten, ihren Kot, in Papier eingewickelt, in Schränken. In späteren Stadien wird der Sammeltrieb allgemein; die Taschen werden mit allem möglichen Unrat vollgestopft. Der Verkehr mit der Umgebung kann auch dadurch gestört werden, daß sie sich in einem Raum so benehmen, als wenn die anderen nicht anwesend wären; meist benehmen sie sich aber dabei durch ihr zurückhaltendes, sich abschließendes Wesen so, daß sie nicht im Wege sind. Ein Patient Bleulers kam ohne Nachricht aus Amerika zurück, nahm in der Scheune seiner Eltern sein Nachtquartier und wird dort erst nach einiger Zeit entdeckt, da er jeweilen sehr früh an seinen entfernten Arbeitsort gehen muß. —

Das bisher Beschriebene betrachtet Bleuler, wie gesagt, als die Grundsymptome des Zwiesinns. Er schildert nun die Sinnestäuschungen und Wahnideen, die Störungen des Gedächtnisses, der Persönlichkeit, Sprache, der Bewegungen, die akuten Zustände. Besonders charakteristisch für den Zwiesinn ist das überwiegende Vorkommen von Sinnestäuschungen des Gehörs und von Täuschungen der Körperempfindungen; auch Trugwahrnehmungen in den verschiedenen Körperorganen sind sehr häufig; in dritter Linie erst kommen Geschmacks- und Geruchstäuschungen. Dagegen sind Sinnestäuschungen und Illusionen des Gesichts und des Tastsinns nicht gerade häufig. Wünsche und Hoffnungen oder Befürchtungen sind es, die mit den Sinnestäuschungen ausgedrückt werden. Die „Stimmen" widersprechen sich oft, reden für und wider, wodurch der Kranke oft in Verzweiflung gerät. Häufig ist beim Zwiesinn das Gedankenlautwerden; die Kranken hören ihre eigenen Gedanken, leise flüsternd oder unerträglich laut tönend. „Was ich denke, Glocken rufens, Wagen knarrens, Hunde bellens, Vögel singens, das war noch niemals geschehen auf der Welt." Von den verschiedensten Körperteilen her nimmt der Kranke die Stimmen wahr, die Mannigfaltigkeit der Sinnestäuschungen im Bereich der Körperempfindungen ist eine enorme; jeder Kranke, den wir kennen lernen, erzählt uns von neuen, meist quälenden, folternden Beeinflussungen phantastischster Art. Am häufigsten und wichtigsten sind die Wahrnehmungstäuschungen auf geschlechtlichem Gebiet. „Alle Wonnen normaler und abnormer Geschlechtsbefriedigung werden von den Kranken durchgelebt, aber noch viel häufiger alle Scheußlichkeiten, die sich die üppigste Phantasie ausdenken kann." Von Wahnideen beherrschen hypochondrische Ideen in vielen, namentlich leichteren Fällen das Krankheitsbild vollständig. Sonst ist — das krankhafte Fürchten und Wünschen wiederspiegelnd, ihnen Inhalt gebend — der Verfolgungs- und Größenwahn, meist in inniger Verflechtung, das gewöhnliche. Auch hier spielt Geschlechtliches eine große Rolle. Eifersuchts-, Kleinheits-, Verarmungs- und Versündigungswahn kommen ebenfalls vor; letzterer erscheint gegenüber dem bei der Melancholie widerspruchsvoll und unsinnig. Auch die eigene Person wird im Sinne des Wahninhalts verändert, verwandelt empfunden. Die Wahnideen des Zwiesinnigen sind in der Regel, auch wenn sie sich auf denselben Inhalt beziehen, kein logisch zusammenhängendes Gebilde, sondern ein ungeordneter Haufen krankhafter, oft nebelhafter Vorstellungen, ein Wahnchaos, wie Schüle es nennt. Der Zwiesinn, die Spaltung der Persönlichkeit kommt durch nichts so auffällig zum Ausdruck, wie durch den Mangel einer logischen Verbindung der noch gesunden Gedankenwelt mit den Wahnideen; dies geht so weit, daß die Kranken mitunter selbst über ihre Ideen lachen und witzeln, und daß sie sich nicht so häufig, wie zu erwarten wäre, in ihrem Handeln danach richten, wie es der eigentliche Ver-

rückte tut. Damit steht ja auch im Zusammenhang, daß viele die Wahnideen als das ihnen eingegebene Gedankenprodukt einer fremden Person bezeichnen. Die Entstehung der Wahnideen des Zwiesinnigen wird von Bleuler nach den verschiedenen Richtungen klargelegt. Er weist u. a. darauf hin, daß Gedächtnisillusionen oft das Hauptmaterial zu den Wahnideen bilden, indem in der Erinnerung das ganze frühere Leben im Sinne einer krankhaften Befürchtung oder Hoffnung umgestaltet werden kann. — Die Einheit der Persönlichkeit erfährt oft tiefgehende Veränderungen. Beliebige Teile des Ich werden abgespalten und ihm ganz fremdartige Vorstellungen angegliedert; die Person „verliert ihre Grenzen in Raum und Zeit.“ Manche Kranke halten sich für eine andere Person, oder für eine Sache oder fühlen sich wesensgleich mit solchen, während sie den Zusammenhang mit sich selbst verlieren. Die Persönlichkeit zerspaltet sich, zerfällt in Stücke. Sie reden dann oft von sich als von einer dritten Person. Zuweilen sind sie abwechselnd bald die wirkliche, bald die eingebildete Person, welche letztere dann manchmal durch eine besondere Sprache markiert wird. Eine Patientin drückte die Veränderung ihres Ichgefühls mit der Wendung aus, sie sei nicht sie selbst, sie sei nur gespiegelt. — Die Störungen des Redens sind überaus mannigfaltig; vom jahrelangen fast absoluten Schweigen bis zum beständigen Umsetzen der Gedanken in Worte, selbst ohne Beziehung zur Umgebung, vom anscheinend logischen vernünftigen Reden bis zur Aneinanderreihung sinnloser Worte kommen alle möglichen Abweichungen vor. Bleuler schildert auch hier die Einzelheiten in klarer übersichtlicher Weise. Besonders interessieren die Fälle, wo die Verbindung zwischen Begriff und sprachlichem Ausdruck gelockert erscheint, ohne daß eine Lockerung des sonstigen Gedankengefüges und eine Störung der Intelligenz eingetreten ist. Solche Kranke vermögen keinen verständlichen Satz zu sprechen, besorgen aber relativ komplizierte Arbeiten tadellos. Es besteht also Sprachverwirrtheit ohne Begriffsverwirrtheit. Es kommt auch vor, daß Zwiesinnige sich nur schriftlich klar auszudrücken vermögen, während sie mündlich ganz verwirrtes Zeug produzieren, und umgekehrt. Sehr zutreffend — wenigstens für eine ganze Anzahl solcher Fälle — ist Bleulers Bemerkung, daß die auffallenden Worte bei unseren Kranken gar nicht leere Hülsen sind, sondern Hülsen, die einen anderen Inhalt bergen als sonst. Eine Kranke sagte ganz richtig: „. . . Fand ich für die rasch sich drängenden Ideen nicht gleich das passende Wort, so machte ich ihnen in selbstgeschaffenen Luft.“ . . . Viele Sprachfehler des Zwiesinns sind von denen des Traumes nicht zu unterscheiden. Wortneubildungen kommen auch dadurch zustande, daß die krankhaften Empfindungen und Vorstellungen neue, dem Gesunden fremde Begriffe erzeugen, für die es in der Sprache des normalen Menschen keine Ausdrücke gibt.

Sonderbare, geschnörkelte Buchstabenformen, Durcheinanderwerfen der großen und kleinen Buchstaben bei den Worten, unregelmäßige, ganz willkürliche Verwendung oder gänzliches Weglassen der Interpunktionszeichen, Einfügung von allerlei Figuren zwischen die Worte, Wiederholung derselben Worte durch viele Zeilen hindurch, Zusammenziehungen, Auseinanderzerrungen von Worten, willkürliche bizarre Veränderung der Schriftzüge, schwülstige, geschraubte Ausdrucksweise usw. verraten auch in der Schrift in charakteristischer Weise die Geistesstörung des Zwiesinns.

Mehr als die Hälfte der Zwiesinnigen, wenigstens der in den Anstalten untergebrachten, zeigt die katatonen Symptome. Die steife Haltung des Patienten „kann so weit gehen, daß man den ganzen Körper, wie wenn er aus einem einzigen Stück Holz bestünde, an der Hand, am Fuße herumbewegen kann, ohne daß die relative Lage der Glieder verändert wurde.“ Noch häufiger als die vollkommene Starre ist die „wächserne Biegsamkeit“, die Beibehaltung passiv den Kranken gegebener, und zwar selbst sehr unbequemer Stellungen. Bleuler schildert sie ganz kurz so: „Man kann einem stehenden Kranken ein Bein in die Höhe heben, die Arme horizontal ausstrecken und auch noch den Rumpf beugen, er bleibt in dieser Stellung, und zwar gelegentlich zwanzig Minuten und noch länger. Ermüdungsgefühle fehlen dabei (immer?). Nach einiger Zeit sinken ausgestreckte Glieder herunter, oder sie tauschen ganz unmerklich ihre Lage gegen eine andere, vielleicht ebenso bizarre, oder sie werden mit einem Ruck in eine bequemere Lage gebracht, aber oft so, daß die zuerst gegebene Stellung noch einigermaßen markiert ist. . . .“ In der großen Mehrzahl der Fälle ist dieses Symptom allerdings nur andeutungsweise vorhanden. Die Bedingungen für die Entstehung dieser Bewegungsstörungen, ihre verschiedenen Abarten, ihre plötzlichen Unterbrechungen sowie die Unterbrechung normaler Handlungen durch sie, werden von Bleuler eingehend geschildert. Es folgen weiter die Stereotypien, die beständige Wiederholung mehr weniger sinnloser oder ganz unsinniger Handlungen oder Bewegungen, auch Ausdrucksbewegungen, Redensarten, Worte oder Silben (letztere

natürlich auch beim Schreiben); ferner die Manieren, nämlich auffallende, posenhafte, gespreizte Abänderungen gewöhnlicher Handlungen, der Haltung, Miene, Sprache und Schrift, auch der Kleidung. Endlich sei noch der Negativismus hervorgehoben: „Die Kranken können oder wollen nichts tun, was man von ihnen erwartet (passiver Negativismus), oder sie tun das Gegenteil oder wenigstens etwas anderes (aktiver oder konträrer Negativismus).“ Bei Fragen, die an solche Patienten gerichtet werden, äußert sich dieses Symptom im sogenannten Danebenantworten. Als innerer Negativismus wird die Neigung mancher Patienten bezeichnet, nicht die Außenwelt, sondern das eigene Streben und Fühlen zu verneinen. Es ist das die krankhafte Übertreibung der bekannten Erscheinung, daß man immer das, was man erreicht und getan hat, für das Unrichtige hält. Bei manchen Kranken äußert sich dieser „Gegenwille“, wie Kraepelin es nennt, so stark, daß sie an der Ausführung bestimmter gewollter Handlungen geradezu gehindert werden, oder daß sie gerade das Gegenteil von dem sagen, was sie auszudrücken beabsichtigen, oder wenigstens etwas anderes, als ursprünglich gewollt, ausführen oder sagen. Und zwar ist dieses Symptom von der jeweiligen Stimmungslage in der Regel gänzlich unabhängig, ebenso von irgendwelcher voraufgehender Überlegung und von dem Ziele des Wollens. — Der Raum verbietet es, auf einige weitere, nicht viel weniger wesentliche Erscheinungen des Zwiesinns und auf seine Verlaufsformen und -typen näher einzugehen. (Es werden folgende Untergruppen behandelt: das Paranoid (dazu die meisten Fälle der chronischen Verrücktheit (Paranoia), die Katatonie, die Hebephrenie, die einfache demente Form des Zwiesinns (Schizophrenia simplex) — und spezielle Gruppen, wie die periodischen Fälle, Altersgruppen, schizophrene Hafterkrankungen.) Es kam ja auch hier nur darauf an, in großen Umrissen das Bild dieser Krankheit zu entwerfen, wie wir es jetzt nach Bleulers Darstellung und dank seiner scharfsinnigen psychologischen Erfassung der krankhaften Störungen des Zwiesinns besitzen.

Dagegen sind noch zunächst einige praktisch wichtige Punkte kurz darzutun.

Bezüglich der Häufigkeit des Zwiesinns sagten wir schon am Eingang, daß in manchen Anstalten bis zu $^3/_4$ der Insassen daran leiden. Bleuler meint aber, daß die mit leichtem Grade von Zwiesinn behafteten Personen, die, als solche unerkannt, sich frei unter ihren Mitmenschen bewegen, viel zahlreicher sind als die ausgesprochen Zwiesinnigen. Da die Krankheit in der Regel nicht das Leben gefährdet, — die Sterblichkeit der Zwiesinnigen ist nur ca. $1^1/_2$% höher als die der gewöhnlichen Bevölkerung —, so erreichen manche Kranke ein recht beträchtliches Alter, und ein Zwiesinniger — so bemerkt Bleuler treffend —, der vom Jünglingsalter bis zum Tode versorgt bleiben muß, verzehrt oft das ganze Vermögen seiner Familie. Und die Krankheit beginnt in frühen Lebensjahren; Kraepelin fand über 60% vor dem 25. Jahre erkrankt. Wolfsohn in der psychiatrischen Klinik in Zürich 44%. Von 618 Patienten erkrankten im Alter von unter 15 Jahren 4%, im Alter von 15 bis 20 Jahren 18%, 20 bis 25 Jahren 22%, 25 bis 30 Jahren 20%, 30 bis 35 Jahren 12%, 35 bis 40 Jahren 11%, 40 bis 45 Jahren 5%, 45 bis 50 Jahren 4%, im Alter über 50 Jahre 4%. Viele der in den späteren Lebensaltern Erkrankten haben schon in der Jugend ein sonderbares Wesen gezeigt; und bei manchen von diesen war das die erste Äußerung der langsam und unvermerkt sich entwickelnden Krankheit. Man kann nicht sagen, daß, wo eine Anlage zur Erkrankung an Zwiesinn vorhanden gewesen zu sein scheint, diese mit einer von Kindheit an bestehenden Intelligenzschwäche zu tun hat. Denn es wurden von Elmiger und Lugaro bei Zwiesinnigen gerade auffallend viele gute Anlagen konstatiert, und Bleuler selbst hat wenigstens ein Überwiegen minderwertiger Intelligenzen ausschließen können. Auch ich muß sagen, daß die Anlage, wo sie vorhanden war, meist in anderer Weise als in verminderter Verstandeskraft sich äußerte. Lebensverhältnisse, wie Armut, Reichtum, Stadt, Land, Zivilisation, Rasse, Klima etc. — alle sind sie ohne nennenswerten Einfluß auf die Entstehung des Leidens; selbst bei den Völkern Zentralasiens und bei den Malayen ist es konstatiert worden. Über die Ursache des Zwiesinns sind wir überhaupt noch im Unklaren. Bei Frauen scheinen Schwangerschaft und Wochenbett von Einfluß zu sein. Der Zusammenhang mit fieberhaften Krankheiten ist noch unsicher. Überanstrengung gilt bei vielen Irrenärzten als Ursache. Im einzelnen Falle wird aber zu prüfen und entscheiden sein, ob es sich nicht um den Eifer handelt, mit dem manche Kranke im Anfang des Leidens die Hindernisse und die Anstrengung, welche es verursacht, zu überwinden suchen. Ebenso sind Leidenschaften, die als Ursache der Krankheit beschuldigt werden, viel wahrscheinlicher als Zeichen krankhafter seelischer Veranlagung und als erste Zeichen der Krankheit anzusehen. Ebenso verhält es sich, wo angegeben wird, Unbefriedigtheit mit dem Leben habe das Leiden

herbeigeführt; vielmehr konnten sich die Patienten nicht in Beruf und Stellung einleben und damit zufrieden werden, weil sie eben schon im Beginn der sich schleichend entwickelnden Krankheit standen. Sind ärgerliche Erlebnisse und seelische Erschütterungen, unglückliches Liebesverhältnis, Zurücksetzung usw. der Krankheit voraufgegangen, so ist man um so mehr geneigt, in ihnen die Ursache zu sehen, als der Inhalt solcher Erlebnisse in den krankhaften Phantasiegebilden oft eine große Rolle spielt. Meines Erachtens darf man aber die Möglichkeit nicht ganz von der Hand weisen, daß tiefergehende Gemütsbewegungen, die ja erfahrungsgemäß ernste körperliche Schädigungen hervorrufen können, auch imstande sind, bei zu psychischer Erkrankung Veranlagten, aber auch ohne solche Veranlagung, im Gehirn diejenige Veränderung zu erzeugen, deren Ausdruck der Zwiesinn selbst ist oder die für den Zwiesinn charakteristische Art des Empfindens und Denkens und des Reagierens.

Sehr erheblich ist die erbliche Belastung, und zwar fand Bleuler bei den Zwiesinnigen in seiner Anstalt in 35% Belastung durch Geisteskrankheit der Eltern oder Großeltern (oder beider) — bei Gesunden sind es nach Diem 4,3%; und zwar ist jene Belastung fast durchweg eine gleichartige; auch Eltern oder Großeltern waren an Zwiesinn erkrankt. Auch die Belastung durch Nervenkrankheiten bei den Eltern oder Großeltern ist bei Zwiesinnigen größer als bei Gesunden. Viele von diesen Nervenerkrankungen der Eltern oder Großeltern dürften unerkannte, nicht vollentwickelte Fälle von Zwiesinn gewesen sein. 26% waren nach Wolfsohn durch Trunksucht der Eltern belastet, bei Gesunden findet Diehm in 10% diese Art der Belastung. Abnorme Charaktere fand Bleuler in der Verwandtschaft Zwiesinniger in 22%. In 10% der Fälle läßt sich nach Bleuler trotz anscheinend genauer Kenntnis der Familiengeschichte bis ins dritte Glied oder auch weiter keine Anlage nachweisen.

Ganz besonderes Interesse nimmt der Beginn des Leidens in Anspruch. Mehr als die Hälfte der späteren Zwiesinnigen neigten schon früher zur Zurückgezogenheit und waren reizbar; als Kinder spielten sie nicht mit den anderen und gingen ihre eigenen Wege. Es ist oft schwer zu entscheiden, ob dies nur der Ausdruck der abnormen Veranlagung oder schon die ersten Anzeichen der Krankheit; Bleuler hält das letztere für wahrscheinlich. Jedenfalls wächst die Krankheit in der Regel schleichend im Laufe von Jahren aus dieser Charakterveränderung heraus. Sonderbarkeiten werden für jugendliche Launen gehalten, während die Kranken selbst bereits unter diesem Zustand schwer leiden. Kopfweh ist eins der ersten Zeichen der Erkrankung; es äußert sich in der verschiedensten Art: als Druck besonders häufig im Hinterkopf, dann auch im ganzen Kopf, hinter der Stirn, als reißende, bohrende, ziehende, brennende Schmerzen, die sich von einer Stelle aus verbreiten. Viele Kranke klagen anfangs über aufregende Träume, von denen sie noch nach dem Erwachen belästigt werden. Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen kommen ebenfalls im Beginn häufig vor. Bei manchen ist die Gleichgültigkeit eins der ersten Anzeichen. Auch vereinzelte Ohnmachten treten bei einigen Kranken beim Ausbruch des Leidens auf neben jenen andern Symptomen. Häufig setzt nun die eigentliche Erkrankung ziemlich plötzlich ein mit einer heftigen Erregung, nach deren Ablauf manchmal, keineswegs immer, schon eine tiefe Schädigung der Psyche zutage tritt, oder Wahnideen und Sinnestäuschungen zurückbleiben. Diese Erregungszustände können sich wiederholen unter jedesmaliger weiterer Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten; sie können Stunden bis Jahre dauern. Ferner gibt es Fälle, wo ohne solche Erregungszustände schnell Geistesschwäche eintritt. Schubweise Verschlimmerungen, zeitweiliges Nachlassen, Rückfälle sind in den ersten Jahren der Erkrankung häufig, aber auch die nicht seltenen Stillstände kommen natürlich nur in der ersten Zeit vor. Das Nachlassen der Krankheit kann nach akuten Zuständen so erheblich sein, daß solche Kranken bei oberflächlicher Beurteilung ganz normal erscheinen können; eine gewisse Gleichgültigkeit bleibt jedoch zurück, bis ein neuer Erregungszustand einsetzt. Auch nachhaltige definitive Besserungen kommen vor. Bei vielen Kranken äußert sich die Besserung allerdings mehr darin, daß sie nicht mehr die Energie besitzen, ihre wahnhaften Ideen und Wünsche zu betätigen, oder darin, daß die Gefühlsbetonung der letzteren verblaßt; meines Erachtens braucht man dies noch nicht als Verblödung zu betrachten. Manche Patienten finden sich nach Jahr und Tag wieder mit der Wirklichkeit einigermaßen ab und vermögen sich außerhalb der Anstalt einen Erwerb zu schaffen, namentlich wenn sie in geeignete Umgebung kommen. Die Frage der Heilung ist beim Zwiesinn schon deshalb besonders schwierig, weil viele Patienten vor der offenkundigen Erkrankung, wie oben bemerkt, einen abnormen Seelenzustand hatten, von dem es nicht leicht ist zu sagen, ob er bereits den Anfang der Krankheit darstellt oder die von Haus abnorme Charakterveranlagung. Tritt in letzterem Falle die

völlige Wiederherstellung des Patienten ein, so daß er derselbe ist, wie er vor der Erkrankung war, so kann streng genommen immer noch bezweifelt werden, ob diese Wiederherstellung als Heilung bezeichnet werden darf; als gesund, normal wird man einen solchen Patienten nicht unter allen Umständen erklären können. Auch von der Geschicklichkeit des Untersuchers wird es abhängen, ob noch Reste der Krankheit gefunden werden, von der Gunst der Verhältnisse, in welche der Kranke kommt, ob etwaige geringe Reste der Krankheit schwinden können oder fortbestehen. Die Angaben der Angehörigen solcher Patienten, die als geheilt oder wesentlich gebessert aus der Anstalt entlassen wurden, sind meist mit Vorsicht aufzunehmen. Eine Dame, die von den Angehörigen eben noch als sehr feinfühlig geschildert ward, hat einige Tage darauf in aller Ruhe ihren Mann erschießen wollen und das eine ihrer Kinder war ihr nicht nur gleichgültig, sondern sie haßte es zeitweise sogar. Andererseits berichtet Bleuler, der selber anscheinend bei der Beurteilung der Heilerfolge eher zu den Skeptikern und Vorsichtigen gehört, über folgende günstig verlaufene Fälle: Ein Pat. ist nach zweimaliger in einem Zwischenraum von ca. 7 Jahren stattgehabter Erkrankung noch „fähig zu dozieren, selbständig wissenschaftlich zu arbeiten und den Weltruf in seinem Fache aufrecht zu erhalten", ein anderer hat später „als Dichter verdiente Bedeutung erlangt"; andere haben nach der Erkrankung ein kompliziertes Geschäft in die Höhe gebracht; mehrere haben das Staatsexamen als Mediziner bestanden. Ein von Heß behandelter Patient ist sogar Universitätsprofessor. Ja, nach Bleuler gibt es sogar Patienten, die nach einer akuten Erkrankung besser als vorher erschienen. Meines Erachtens ist das ganz gut möglich dadurch, daß der Krankheitsprozeß ausnahmsweise auch einmal auf die abnorme Veranlagung günstig einwirken kann. Die Berechnung des Prozentsatzes der Heilungen hat bisher deshalb zu keinem zuverlässigen Resultat geführt, weil ja nicht alle Zwiesinnige in die Anstalten verbracht werden. Der Ausgang des Leidens bei den in Anstalten Behandelten ist nach den Feststellungen in der psychiatrischen Klinik zu Zürich durch Zablocka folgender: bei 60% trat eine leichte Geistesschwäche ein, bei 17% ein mittlerer Grad derselben, bei 23% Verblödung; und zwar rechnet er unter die Patienten mit leichter Geistesschwäche solche, deren Zustand sich soweit bessert, daß sie sich außerhalb einer Anstalt selbständig halten und ihren Unterhalt wieder verdienen können. Es wäre interessant gewesen, zu erfahren, wieviele unter den 60% mit leichter Geistesschwäche soweit wiederhergestellt waren, daß man praktisch von Genesung sprechen konnte.

Viele der Zwiesinnigen, bei denen nur eine geringe Geistesschwäche zurückgeblieben ist, gelten im Leben als gesund, höchstens werden sie als eigensinnig, verschroben und beschränkt betrachtet. Indem sie entsprechend der Veränderung ihrer Leistungen auch ihre Ansprüche herabsetzen, vermögen sie in untergeordneten Stellungen ihren Erwerb zu finden, manche sind sogar noch ganz gewissenhafte Arbeiter. Andere freilich, bei denen der Defekt mehr auf moralischem Gebiete liegt, werden Bettler oder geraten auf die Verbrecherlaufbahn, bis sie endlich wieder als krank erkannt und interniert werden.

Wolfsohn hat untersucht, wieviel der Kinder der Zwiesinnigen mit geistigen oder nervösen Krankheiten behaftet waren, und fand deren 10%.

Für die Behandlung des Zwiesinns gibt Bleuler zahlreiche nützliche Winke. Unter anderem widerrät er, den Negativismus zu reizen, auf der anderen Seite aber empfiehlt er dringend, sobald die Kranken ihr Widerstreben aufgegeben haben, daß man gelegentlich einen Versuch macht mit Erziehung und Herstellung des Kontaktes mit der Wirklichkeit, *d. h.* der Bekämpfung des Autismus. Dazu ist es nötig, dann und wann die äußeren Bedingungen zu ändern, sonst spinnen sich die Kranken immer mehr ein. Beschäftigung spielt dabei die größte Rolle, soweit nicht vorhandenes abnormes Ermüdungsgefühl davon abraten läßt. Auch Unterhaltungen aller Art müssen dazu benutzt werden den Kontakt mit der Wirklichkeit herzustellen. Viele Kranke lassen sich zu einer gewissen Selbstbeherrschung erziehen, manche bringen es dabei sogar zu bewundernswerten Leistungen. Von religiöser Beeinflussung hat Bleuler noch keinen Erfolg gesehen. Für gute Beeinflussung durch die Umgebung ist besonders Sorge zu tragen. „Das Geheimnis des Erfolges vieler Anstalten beruht auf viel Platz, vielen Abteilungen oder weitgehender Abschiebungsmöglichkeit zur Trennung der antisozialen Elemente." . . . Die Hauptsache ist, daß man keinen Kranken ganz aufgibt, sondern immer wieder bereit ist, einzugreifen, ihm Gelegenheit zu bieten, aus seinem krankhaften Gedankengange herauszukommen, daß genügend Geld und Personal da ist, um das Notwendige zu tun. . ." Die Isolierung hat bei der Schizophrenie Gefahren, wie sie bei einer anderen Psychose nicht vorkommen, wer sie aber richtig anwendet, wird nichts von solchen Nachteilen sehen; Hauptsache ist, daß man auch mit dem isolierten Kranken immer Kontakt zu halten sucht.

Als ultima refugia bezeichnet er den nassen Wickel und die Narkotika. Vom ganzen Wickel sagt Bleuler, er sei das ärgste Zwangsmittel, das er kenne; er habe ihn deshalb oft jahrelang nicht angewendet, die dabei eintretende Beruhigung müsse gar nicht immer der nassen Einhüllung, sondern dem mechanischen Zwang zur Ruhe zu verdanken sein. Schlafmittel bringen oft eine Erleichterung, die man ihnen aus Gründen der Humanität nicht vorenthalten darf. Für die Behandlung der einzelnen Symptome werden durch die Erfahrung gutbegründete Ratschläge erteilt, ebenso für die Behandlung der Zwiesinnigen außerhalb der Anstalt und die Regelung ihres Lebenslaufes.

Es bleibt nun noch ein Blick zu werfen in die Glanzleistung des Bleulerschen Werkes: in das nahe an 100 Seiten umfassende Kapitel, in welchem er die Theorie der Symptome und der Krankheit aufbaut und behandelt.

Bleulers Bestreben ist darauf gerichtet, diejenigen Symptome, welche die direkte Folge des Krankheitsprozesses sind — die primären —, zu unterscheiden von denen, welche erst entstehen durch die Reaktion der kranken Psyche auf irgendwelche inneren und äußeren Vorgänge, — von den sekundären. Wie er das meint, erläutert er sehr treffend an folgendem Beispiel: Wenn der Nervus abducens durchtrennt ist, so ergibt sich, als direkte und notwendige Folge und als primäres Symptom, die Lähmung der Augenbewegung nach außen; die ebenfalls folgende Kontraktur des Internus und die falsche Lokalisation des Gesichtsbildes dagegen sind sekundäre, indirekte Symptome; sie entstehen erst durch physiologische Reaktionen des Organismus auf die veränderten Umstände. Beim Zwiesinn ist ein Teil der Assoziationsstörungen wahrscheinlich primäres Symptom, nämlich „soweit es sich um Herabsetzung oder Nivellierung der Affinitäten handelt; sekundär sind die Sperrungen und die systematischen Spaltungen." Die durch Erfahrung gebahnten Verbindungen und Hemmungen haben an Bedeutung eingebüßt; sie folgen nicht dem durch die Erfahrung vorgezeichneten, d. h. logischen Wege; ähnliches kommt beim gesunden Menschen in der Zerstreutheit und im unbewußten Denken vor. In stärkerem Grade findet sich diese primäre Störung bei akuten Zuständen des Zwiesinns, die unter Verwirrtheit und vollständiger Zerstückelung des Gedankenganges einhergehen, außerdem manchmal von einem Symptomenkomplex begleitet sind, der auf eine Infektion oder Autointoxikation hinweist, nämlich: belegte trockene Zunge, Fuligo, Verdauungsstörung, Abnahme der Kräfte und des Körpergewichts, grobschlägiges Zittern, hier und da etwas Fieber, vielleicht auch Brucesche Leukozytose. Diese Art akuter Zustände sind also die direkte Folge einer Steigerung des Krankheitsprozesses. Auch in gewissen mit grobem Tremor, Kraftlosigkeit und einer gewissen Ungeschicklichkeit der Bewegungen verbundenen Benommenheitszuständen sieht Bleuler ein direktes, vielleicht durch gesteigerten Hirndruck verursachtes Symptom, das im wesentlichen nicht auf dem Umweg durch die Psyche gebildet wird. Primär bedeutet also im Sinne dieses theoretischen Versuches soviel wie organisch und Bleuler vermutet, daß man zu den primären Krankheitszeichen einen Teil der katatonen Symptome, die Tendenz zur Stereotypie und zu Halluzinationen, manche manischen Anfälle rechnen kann, desgleichen Pupillendifferenzen, das grobschlägige Zittern, die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, das hartnäckige Kopfweh und den Schwindel, welch letztere beiden oft der Krankheit vorangehen, manche katatonen Anfälle (Krämpfe, Apoplexie) und teilweise die Störungen der Gefäßinnervationen und die Ödeme, die Störung des Stoffwechsels.

Der Hinweis, daß bei den Zwiesinnigen der „Unterschied von Wirklichkeit und Vorstellung" oft bis auf Null herabgesetzt ist, hätte — meines Erachtens — nach der Richtung der Erkenntnistheorie hin etwas ausgeführt werden können. Die Sache wird in der Psychiatrie noch immer mit dieser Wendung: der Unterschied von Wirklichkeit und Vorstellung sei aufgehoben — abgetan. Wenn wir die Skeptiker unter den griechischen Philosophen außer Betracht lassen, so hatte ja schon der Bischof Berkeley von den „Dingen" gesagt: their esse is percipi, das Sein der Dinge ist ihr Wahrgenommenwerden, ihr Vorgestelltwerden (A treatise concerning the principles of human knowledge, 1710). Es gibt wohl keinen besseren erkenntnistheoretischen Schlüssel hierfür, als das deutsche Wort: Wirklichkeit. Mit seinem Stamm: Wirken, bezeichnet es das Wesen der „Dinge", nämlich die mit einer Bewegung (als Reaktion) verknüpfte Wahrnehmung oder die von einer Bewegungsvorstellung (der Erinnerung an eine stattgehabte Bewegung) gefolgte Vorstellung! An diesem Punkte wird man einsetzen müssen.

Als sekundäre Symptome führt Bleuler auf: (als direkte Folge der Lockerung der Assoziationen) den Gebrauch bloßer Begriffsbruchstücke zum Denken mit seinen unrichtigen Resultaten, die Verschiebungen, Symbolisierungen, Verdichtungen, die Zerfahrenheit des Denkens, die Sperrungen. Wichtig ist folgende von Bleuler getroffene Unterscheidung: primär ist die Neigung zu Assoziationsunterbrechung und Anknüpfung ungewohnter Assoziationen, sekundär (meist), nämlich durch die affektbetonten Komplexe bestimmt, ist die Auswahl der Assoziationen, die in konkreto gestört werden. Auch die Affektstörung wird zu den sekundären Symptomen gezählt; übrigens ist nach

Bleuler eine wirkliche Vernichtung der Affektivität auch in den schwersten Fällen nicht nachzuweisen; sie kann selbst bei diesen durch Antönung des Komplexes wieder manifest werden; in mittelschweren Fällen sind nur bestimmte Affekte vorhanden, und zwar in einer Auswahl, die sich nur nach psychischen Ursachen erklären läßt; in leichten Fällen ist die Affektivität sogar gesteigert. Sekundär sind die Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, die Automatismen — alles Erscheinungen, „die nur auf Grund einer gewissen Selbständigkeit bestimmter Komplexe entstehen können." Die Spaltung der Assoziationen hat etwas Systematisches, Gesetzmäßiges. Sie geschieht meist nicht, wie es sonst die Regel, in der Weise, daß die komplizierteren und weniger geübten Funktionen eher zerfallen als die anderen, sondern viel häufiger anscheinend unregelmäßig: nächstliegende Assoziationen werden zuerst unterdrückt, höhere Funktionen, wie das Verstehen wissenschaftlicher Probleme, bleiben unberührt. Das für den Zwiesinn geltende Gesetz lautet: „Diejenigen Funktionen werden gestört, die in Konflikt kommen mit gewissen affektiven Bedürfnissen des Patienten." Begünstigt wird dies dadurch, daß die Schwäche der logischen Funktionen den Affekten ein relatives Übergewicht gibt. (Zerklüftung der Psyche nach affektbetonten Komplexen.) Sehr treffend ist auch folgende Bemerkung: „Da die Formen unserer Logik nur durch die Erfahrung gegebene Assoziationen wiederholen oder Analogien dazu bilden, ist es selbstverständlich, daß die erworbenen logischen Assoziationen bei einer allgemeinen Hirnstörung vor den angeborenen affektiven geschädigt werden." Die Sperrung, eine Erscheinung, die an sich auch bei Gesunden vorkommt, wenn jemand durch eine Gemütsbewegung, Schreck, Freude überrascht wird, ist die auffallendste Wirkung der Affektivität beim Zwiesinn; sie wird hier durch ein unangenehmes Gefühl oder ein bestimmtes Gedankengebilde (Komplex) hervorgerufen und neigt dazu, sich zu verallgemeinern. Neben der Ausschaltung normaler Assoziationen stoßen wir beim Zwiesinn auch auf Verbindungen am unrichtigen Ort. Demzufolge tauchen in einem Ideengange ganz fremde Assoziationen auf und sogar die größere Selbständigkeit besitzenden, affektbetonten Komplexe werden infolgedessen in Bruchstücken untereinander gemengt, bis zu dem Grade, daß manche Patienten entsprechend ihren Komplexen in verschiedene Personen gespalten erscheinen.

Bleuler will mit dem Namen Schizophrenie also zwei Arten der Spaltung treffen: 1. die primäre Lockerung des Assoziationsgefüges, wodurch selbst feste konkrete Begriffe gespalten werden können; 2. die systematische Spaltung in bestimmte Ideenkomplexe.

Das merkwürdige Verhalten der Affektivität beim Zwiesinn erläutert Bleuler an folgenden drei Eigenschaften des normalen Affektes: 1. Beim Überschreiten einer bestimmten oberen Intensitätsgrenze büßt der Affekt die gewöhnlichen sub- und objektiven Wirkungen ein.*) Bälz hat hierüber eine hochinteressante Selbstbeobachtung veröffentlicht (Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift, III, S. 66): Bei einem äußerst heftigen Erdbeben, dessen Zeuge er war, bemerkte er plötzlich, wie er sagt, eine Trennung seines Gefühlslebens von der Denk- und Willenskraft. Alle Regungen der Fürsorge und des Mitleids mit seinen gefährdeten Angehörigen waren plötzlich geschwunden, selbst die Besorgnis um die Sicherheit des eigenen Lebens war völlig erloschen. Er fühlte sich in der Lage eines Beobachters, der sich der unbefangenen Betrachtung eines großen anregenden Schauspiels hingibt, dabei war es ihm, als ob er leichter und schneller denke. . . Seine Gemütsstimmung war dabei eine ausgesprochen heitere. Vermutlich handelt es sich um eine durch die Übererregung bedingte Aufhebung der verschiedenen Wertigkeit der Vorstellungen. 2. Ein schwer erträgbarer Affekt kann von dem zugehörigen Ideenkomplex abgespalten werden; letzterer ist dann dem Ich schwer oder gar nicht zugänglich, oder erscheint ihm nur als etwas Fremdes, Theoretisches. Auf diese Weise geht oft instinktiv die Selbstbefreiung des Gemüts von unangenehmen Affekten vor sich. 3. Die auf diese Weise vom bewußten Ich abgesperrten Affekte können aber in anderer Weise weiter wirken. Es entstehen die unbewußten oder latenten Affekte. Diese letzteren nun, die sich im Unbewußten geradezu ungehemmter entfalten können, üben einen unterdrückenden Einfluß auch auf die Entstehung anderer Affekte aus und der Kranke erscheint infolgedessen überhaupt affektlos, gleichgültig; er hat sich einer Art Nirvana genähert. Unter den mannigfaltigsten Einflüssen können solche gehemmten Affekte anscheinend regellos wieder zum Vorschein kommen.

Es folgt die Theorie des Autismus, der ebenfalls als die krankhafte Übertreibung eines schon physiologisch bei jedem Menschen vorhandenen, im psychischen Mechanismus gelegenen Phänomens nach-

*) In derselben Richtung habe ich den manischen Symptomenkomplex zu erklären versucht. Psych.-Neurol. Wochenschrift, VII, 391 und XI, 370.

gewiesen wird, derjenigen Art des Denkens, die, keine Rücksicht auf die Wirklichkeit nehmend, in ihrer Richtung allein von Affekten bestimmt wird, von Wünschen und Befürchtungen; ferner die Theorie der Ambivalenz: Jedes Ding hat einen positiven und negativen Wert; der Gesunde zieht bei der Bewertung das Fazit, indem er den negativen Wert von dem positiven abzieht. Beim Zwiesinnigen mit seinen geschwächten assoziativen Verbindungen haben viele Begriffe, namentlich Komplexe, beide Vorzeichen, das positive und das negative, die nebeneinander oder im bunten Wechsel nacheinander zum Vorschein kommen. Auch beim Wollen und Denken ist es so. Im normalen Denkmechanismus ist mit jedem Begriff, jeder Willensrichtung das Gegenteil gegeben, mit dem die Psyche wie mit einem Gegengewicht zwischen entgegenstehenden Kräften die feinere Anpassung reguliert.*) Beim Zwiesinnigen erscheinen diese gegenüberstehenden Kräfte gleichwertig und treten daher oft regellos für einander ein; ähnliches ist im Traum des Gesunden gewöhnlich.

Die Registrierung des Erfahrungsmaterials und die Aufbewahrung der Gedächtnisbilder ist bei dem Zwiesinnigen gut; dagegen erscheint die Reproduktion oft gestört, und zwar besonders deshalb, weil sie entweder durch die Sperrung oder durch gefühlsbetonte Komplexe oder Entgleisung der Assoziationen oder Interesselosigkeit oder schließlich Negativismus behindert wird. So kommt es, daß die Kranken die gleiche Sache bald wissen, bald „vergessen" haben, je nach dem Einfluß jener Momente. Sie führen eine „doppelte Registrierung" und eine „doppelte Orientierung", je nachdem das Gedächtnismaterial im realistischen oder autistischen Gedankengang benutzt wird.

Die Eigenart der Geistesschwäche beim Zwiesinn haben wir nach Bleulers treffender Auffassung, die jeder erfahrene Irrenarzt bestätigen kann, schon oben beleuchtet.

Die Theorie der Wirklichkeitsfälschungen erweckt ganz besonderes Interesse. Bleuler unterscheidet: 1. den Grundwahn; er enthält die Wahnrichtung, und zwar meist in konkreter Anwendung, entsteht nur unter affektiven Einflüssen und ist immer egozentrisch; 2. zufällige Wahnanwendungen, die im logischen Sinne dem Irrtum näher verwandt sind als dem Grundwahn, daher sich unter Umständen von selbst beheben oder korrigieren lassen; 3. den Erklärungswahn, womit der Kranke mit dem Rest von gesunder Logik und von Kausalitätsbedürfnis Konsequenzen aus dem Grundwahn zieht; 4. wahnhafte Ideen auf Grund ungenügender Analogien, logischer Schnitzer, sowie auf Grund zufälliger logischer Verknüpfung von Ideen, die gerade zufällig von außen gegeben sind, — eine infolge der psychischen Spaltungen beim Zwiesinn überaus häufige Erscheinung. — Die Wahnideen aus rein logischen Defekten brauchen, zum großen Unterschied vom Grundwahn, nicht egozentrisch zu sein. — Bei dem Grundwahn wird von Bleuler in überzeugender Weise dargetan, wie er sich von der bei Gesunden unter dem Einfluß des Affekts zustande kommenden Unbelehrbarkeit, Diskussionsunfähigkeit und Selbsttäuschung nur quantitativ unterscheidet und nur dadurch, daß er eben beim Zwiesinn wegen der Grundstörung, der Lockerung der Assoziationen, besonders leicht gemacht ist.*) Die Logik tritt in den Dienst der affektiven Bedürfnisse, und letztere sind keine anderen, als sie in dem Ziel des menschlichen Instinkts, wie Liebe, Macht, Reichtum, oder in dem Mangel solcher, gegeben sind.

In der Frage nach der Entstehung des Inhalts der Wirklichkeitstäuschungen beim Zwiesinn äußert sich Bleuler dahin: Die Krankheit wächst nicht aus dem Charakter heraus, wie manche meinen, noch wird sie in ihren Symptomen durch den Charakter bestimmt, sondern der gefühlsbetonte Komplex bestimmt die Symptomatologie; dieser ist aber seinerseits wieder oft von angeborenen Anlagen abhängig, von den besonderen Trieben und Neigungen des einzelnen. Da die sexuelle Triebrichtung allen Menschen gemeinsam ist und einen großen Teil des Ichs ausmacht, stoßen wir beim Zwiesinn so überaus häufig auf den sexuellen Komplex, sei es, daß er allein oder in Verbindung mit anderen Komplexen steht. Hinter diesen Komplexen und verwandten Symptomen stehen Wünsche, Befürchtungen, Strebungen und deren Hemmnisse. Da sich der Wunscherfüllung oder dem Wahn des erfüllten Wunsches Hindernisse entgegenstellen, wird häufig zuerst die Idee der Verfolgung ausgebaut, die schon bei vielen gesunden Menschen oft bereit liegt, wenn ihre Pläne scheitern. Nur bei solchen Zwiesinnigen, deren Wünsche auf mehr theoretischem Gebiete liegen und daher auf

*) Ich möchte hier auch daran erinnern, wie in der Philosophie von der „coincidentia oppositorum" des Nikolaus Cusanus bis zu Hegels „Widerspruch" jeder Begriff an sich als einseitig und als der Ergänzung durch seinen Gegensatz bedürftig gilt.

*) Ich darf vielleicht an dieser Stelle auf meine Erklärung der primären Affektstörung bei Paranoia (in Psych.-Neurolog. Wochenschrift, III, 1901, S. 171) hinweisen.

keine Hindernisse stoßen, ja manchmal sogar gläubige Anhänger finden, wie kranke Weltverbesserer, Propheten u. dgl., werden Größenideen ausgebaut, ohne daß der Zusammenhang mit der Wirklichkeit verloren geht, und tritt der Verfolgungswahn erst spät ein oder bleibt ganz aus. Dieser Größenwahn kann — beim Zwiesinn — Teilerscheinung eines akuten Zustandes und als solche vorübergehend sein, darf also nicht immer als Zeichen einer endgültigen Geistesschwäche gedeutet werden. — Bleuler hält es für möglich, daß in manchen Fällen der ganze Verfolgungswahn aus schlechtem Gewissen entstehen kann. — An zahlreichen instruktiven Beispielen zeigt Bleuler, wie die Komplexe zustande kommen, wie sie durch alle möglichen und doch immer wieder typischen, symbolischen Begriffe, Begriffsverschiebungen und Bezeichnungen, namentlich solche sexueller Richtung, verdeckt werden, auch durch symbolische Handlungen. Bezüglich der Beziehung des Zwiesinns zum Traum kommt er zu dem Resultat, daß sich vielleicht die bis jetzt bekannte (sekundäre) Symptomatologie des Zwiesinns ganz mit der des Traumes deckt, trotz der verschiedenen Entstehungsweise beider Zustände und trotzdem die Persönlichkeit beim Zwiesinn stärker gespalten ist. Den Negativismus hält er nicht für erklärbar durch die Annahme einer Bewegungsstörung, sondern in dem feindlichen Verhältnis der Zwiesinnigen zur Außenwelt begründet, wobei „sie alle Reize von außen, die sie nicht absperren können, als unangenehme Störungen empfinden", — besonders wenn diese Reize den Komplex des Kranken berühren. — Bleuler betrachtet also — um dies noch einmal hervorzuheben — die sekundären Symptome teils als psychische Funktionen unter veränderten Bedingungen, teils als Folgen mehr oder weniger mißglückter oder auch (subjektiv) geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen. Die Ursache des Leidens sieht er in einer (anatomischen oder chemischen) Störung im Gehirn, die meist chronisch, aber mit akuten Schüben und mit Stillständen verläuft und die — früher geschilderten — primären Symptome setzt. Die übrigen psychischen Symptome entstehen indirekt durch abnorme Effekte normal gebliebener Mechanismen in der primär gestörten Psyche. Der krankhafte Hirnprozeß kann nach einem akuten Schub stille stehen oder sogar sich bis zu einem Grade zurückbilden. Dieser Hirnprozeß, für den — in vorgeschrittenen Fällen — bestimmte materielle Veränderungen im Gehirn als anatomisches Substrat nachgewiesen sind (besonders durch Alzheimers bahnbrechende Untersuchungen), ist möglicherweise die Nachkrankheit gewisser Infektionen oder die Wirkung einer oder mehrerer spezifischer Infektionen, „die chronisch oder akut auftreten und lange Zeit latent bleiben mögen, von denen aber der Körper nur in Ausnahmefällen wieder ganz frei werden kann." Jedenfalls neigt man in der letzten Zeit immer mehr zur Annahme einer toxischen oder infektiösen Entstehung des Leidens. Auch ich habe die Krankheit (damals noch als „Dementia praecox") in meinem Referat: Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen — bei den toxischen eingereiht (Referat beim XVI. internationalen medizin. Kongreß zu Budapest 1909, Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift, XI, Nr. 44).

Seit den berühmten Arbeiten des leider zu früh dahingerafften Carl Wernicke hat die klinische Psychiatrie keine solche Förderung erfahren, wie durch Bleulers stattliches Werk über den Zwiesinn. Wo wir hinschauen, blicken wir in neue Perspektiven. Eine Reihe wichtiger Begriffe hat Bleuler neu geschaffen, die bisherigen Auffassungen aber einer gründlichen Prüfung und Kritik unterworfen. Trotz des vielen, das, wie er selbst hervorhebt, noch der Klärung bedarf, ist dank seiner sorgfältigen Beobachtungen und planmäßigen Studien die Schizophrenie, der Zwiesinn, heute eine der bestgekannten psychischen Krankheiten. Am meisten verdanken wir das seinem erfolggekrönten Bemühen, die Psychologie zur Erklärung verschiedener wichtiger Symptome des Zwiesinns heranzuziehen.

Ich habe versucht, dem Leser wenigstens einen Einblick in die geistige Werkstatt des genialen Forschers zu verschaffen. Wenn mir dies gelungen sein sollte, so würde ich darin den reichsten Lohn für meine Arbeit sehen.

Tuberkulöse Peritonitis, Meningitis und progressive Paralyse.

Von Oberarzt *Dr. Koch* in Schussenried.

Zu dem „Vorschlag zur chirurgischen Behandlung entzündlicher Meningitiden und der progressiven Paralyse" von Dr. Adler in Berlin in Nr. 1, 1912/13 dieser Wochenschrift seien einige Bemerkungen gestattet.

Nicht „die breite Eröffnung der Bauchhöhle mittelst Schnitts und Ablaß des Exsudats" ist bei der tuberkulösen Peritonitis „allein heilbringend". Wesentlich für die Ausheilung scheint vielmehr die Hyperämie zu sein. Sie ist eine Folge des durch Schnitt und

Naht gesetzten Peritonealreizes, den man noch künstlich steigert durch Malträtierung des Peritoneums mit Tupfern. Einen Fingerzeig dafür haben wir in der Erfahrungstatsache, daß bei gewissen Herzfehlern, die eine chronische Überfüllung des kleinen Kreislaufes, also eine Lungenhyperämie bedingen, Lungentuberkulose zu den seltensten Ausnahmen gehört. Dasselbe Prinzip verfolgt ja auch Bier mit seiner Stauung tuberkulöser Gelenke. Bei dem bekannten Sitz der tuberkulösen Meningitis an der Gehirnbasis kann man sich aber eine breite Eröffnung des erkrankten Subarachnoidealraums vom Standpunkt des Chirurgen aus schwer vorstellen. Und was den „Ablaß des Exsudats" bei Meningitiden überhaupt angeht, so sind die bisherigen Ergebnisse der Lumbalpunktion bei diesen Krankheitsformen nicht durchweg ermutigend. Es ist bekannt, wie vorsichtig man hier mit Änderung des intrakraniellen Drucks sein muß. Ein plötzliches Ablassen ist durchaus unstatthaft, weil tödlich. — Nicht verständlich ist, wie Herr Adler die histopathologischen Vorgänge bei der tuberkulösen Peritonitis in Analogie mit denen der progressiven Paralyse zu bringen vermag, so daß er beiden Krankheitsprozessen die gleichen Bedingungen für eine Ausheilung stellen will. Der Zerebrospinalflüssigkeit fällt bei der progressiven Paralyse übrigens noch die besondere Aufgabe zu, keinen leeren Raum in der Schädelkapsel infolge des Hirnschwunds aufkommen zu lassen.

Über die Zulassung von Rechtsanwälten zu Besuchen bei Pfleglingen der Heil- und Pflegeanstalten.

Mitgeteilt vom Medizinalrat Dr. *Fischer*-Wiesloch.

Auf unsere Anregung anläßlich eines strittigen Einzelfalles hin hat das Großherzogl. badische Ministerium der Justiz in Verbindung mit dem Großherzogl. Ministerium des Innern die in den folgenden Erlassen ausgedrückte Stellungnahme präzisiert; dieselbe dürfte auch für weitere Kreise unserer Kollegen von Interesse sein:

Ministerium des Innern.

Wir übersenden im Anschlusse Abschrift der von uns erhobenen Äußerung des Großh. Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts vom 24. März 1911 Nr. B 2675 zur Kenntnisnahme und mit dem Auftrage, künftig hiernach zu verfahren. Dabei ist zu beachten, daß nur die wegen Geisteskrankheit entmündigten Personen nach § 104 Ziffer 3 BGB. geschäftsunfähig sind, während die wegen Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung entmündigten Personen nach § 114 BGB. in der Geschäftsfähigkeit nur beschränkt und zum Einspruch und zur Klage nach dem Irrenfürsorgegesetz befugt sind.

Soweit die Zuziehung eines Rechtsanwalts hiernach nicht verhindert werden kann und dieselbe nicht im Auftrage der zahlungspflichtigen Angehörigen oder des gesetzlichen Vertreters des Kranken erfolgt, sind diese von der Zuziehung zu verständigen mit dem Bemerken, daß die Anstaltsverwaltung nicht in der Lage sei, die Zuziehung zu verhindern.

gez. I. V.: Glockner.

Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts.

Der Verkehr von in Heil- und Pflegeanstalten untergebrachten Kranken, soweit dieselben nicht geschäftsunfähig sind (vergl. § 104 BGB.), mit auf ihre Veranlassung und ihren Wunsch hin sie besuchenden Rechtsanwälten findet unseres Erachtens nur in den Vorschriften der Hausordnung und dem Gesundheitszustand der Kranken selbst, sofern dieser etwa einen Verkehr mit dritten Personen als für sie schädlich erscheinen läßt, eine Schranke. Abgesehen davon, daß diese Kranken unter Umständen zur Besorgung der verschiedenartigsten Rechtsangelegenheiten eines juristischen Beistandes bedürfen, steht ihnen nach §§ 4, 5, 9 des Irrenfürsorgegesetzes auch ein Recht auf Klage bezw. Einspruch gegen ihre Unterbringung bezw. Zurückbehaltung in der Anstalt zu, und, soweit sie auch zur Geltendmachung dieser Rechte der Zuziehung eines Rechtsanwaltes nicht unbedingt bedürfen sollten, so kann ihnen doch die Zuziehung eines solchen nicht versagt werden.

Anders wird die Frage bei geschäftsunfähigen, insbesondere also bei entmündigten Personen sich gestalten, da diese im allgemeinen keine Rechtshandlungen ohne ihren gesetzlichen Vertreter vornehmen können, ein Verkehr des Rechtsanwalts mit ihnen daher in der Regel nicht nötig fallen, sondern der Verkehr zwischen dem Rechtsanwalt und dem gesetzlichen Vertreter dse Entmündigten genügen wird.

Aber auch hier kommt in Betracht, daß, insoweit der Entmündigte seine Entmündigung bekämpfen will, die Zivilprozeßordnung ihm hierfür verschiedene Rechtsbehelfe an die Hand gegeben hat (vergl. §§ 664, 675, 679 Abs. 3 ZPO.), deren er sich in eigener Person ohne Zuziehung seines gesetzlichen Vertreters bedienen kann, und daß, sofern er behufs Geltendmachung dieser Rechte sich eines Rechtsanwalts bedienen will, ihm dies nicht versagt werden kann. Es wird daher auch der Verkehr entmündigter Geisteskranker mit Rechtsanwälten nur insoweit gehindert werden können, als es sich dabei nicht um die Aufhebung der Entmündigung handelt, sondern um die Wahrnehmung anderer Rechte, welche der Entmündigte überhaupt nicht selbständig, sondern nur durch seinen gesetzlichen Vertreter geltend machen kann.

gez. I. V. Hübsch.

Die Zahnpflege in den Kückenmühler Anstalten in Stettin.

Von Dr. *P. Jödicke.*

Wenn sich auch das allgemeine Interesse den Tiefstehendsten und Bedauernswertesten unseres Geschlechts, den Idioten und Epileptikern, gerade in den letzten Jahrzehnten in stets steigendem Maße zugewandt hat, so bieten diese Zustände auch jetzt noch einer erfolgreichen, ärztlichen Behandlung zumeist unüberwindliche Hindernisse. Seitdem sich die medizinische Wissenschaft mehr und mehr mit diesen schwierigen Problemen befaßt hat, haben zwar unsere Kenntnisse über die pathologisch-anatomische Natur dieser Leiden eine bedeutende Bereicherung erfahren, ohne daß wir indes hinsichtlich unseres therapeutischen Könnens gleiche Fortschritte zu verzeichnen hätten. Noch immer müssen wir uns darauf beschränken, das Los dieser Unglücklichen, sei es durch geeignete Pflege oder durch Bekämpfung einzelner Symptome und akzidenteller Krankheiten so erträglich wie möglich zu gestalten. Wie nun auf allen Gebieten die siegreich vorwärts eilende Hygiene eine stärkere Berücksichtigung des Einzelindividuums anstrebt, so gelten diese Grundsätze auch für diese Kranken speziell in zahnärztlicher Hinsicht.

Eine unübersehbare Reihe einwandsfreier Beobachtungen liegt vor, welche als Ausgangspunkt einer allgemeinen Erkrankung des Organismus den kariösen Zahn nachweisen. Dies gilt besonders für den Tuberkel-Bazillus, der unter gewissen Umständen in außerordentlicher Massenhaftigkeit die Mundhöhle passiert und gelegentlich durch einen hohlen Zahn auf dem Wege der Lymphbahnen zu einer Infektion des ganzen Körpers führen kann. Vielfach können das Unvermögen eines ordentlichen Zerkleinerns der Speisen infolge Zahnmangels sowie die Millionen von pathogenen Keimen, die die stinkenden Zahnreste beherbergen und mitverschluckt werden, als alleinige Ursache eines chronischen Magen-Darm-Übels angesehen werden oder zum wenigsten ein derartig bestehendes Leiden verschlimmern. Eine entsprechende Prophylaxe bildet zweifellos eine geeignete Stütze, das Auftreten dieser fast in allen Anstalten grassierenden Intestinalbeschwerden hintanzuhalten oder zu erschweren. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei einer Reihe weiterer Erkrankungen. Gerade dieser Zusammenhang hat bekanntlich Behörden und Kommunen schon seit langem veranlaßt, ihre Aufmerksamkeit und Unterstützung den Bestrebungen *einer* allgemeinen Zahnpflege zuzuwenden.

Nun wird von fachmännischer Seite als letzte Ursache für die zunehmende Zahnverderbnis und die im ganzen schlechtere Entwicklung unserer Jugend unsere heutige falsche Ernährung beschuldigt. Ein kalkhaltiges Trinkwasser, der Genuß von grobem Roggenschwarzbrot, von reichlichen Hülsenfrüchten mit der Schale gelten als Grundbedingung für die Entwicklung gesunder, fester Zähne, eine Voraussetzung, die für die überwiegende Anzahl unserer Insassen infolge der Rekrutierung aus dem ländlichen Osten zutrifft. Dagegen erfreut sich in diesen Bezirken die Pflege und Erhaltung der Zähne bisher selbst bei gesunden Personen geschweige denn bei geistig Siechen noch keiner besonderen Wertschätzung. Bereitet ein Zahn irgendwelche nennenswerte Beschwerden, gilt er als überflüssig, wird schnell entfernt; während man der fortschreitenden Karies keine Hindernisse in den Weg legt. Epileptiker wiederum verlangen in nicht so seltenen Fällen bei den leisesten Schmerzen kategorisch das Entfernen eines oder mehrerer Zähne, ganz gleich, ob eine Fäulnis vorhanden ist oder nicht, eine Erfahrungstatsache, die wir bei unseren Anstalts-Insassen immer wieder machen. Augenscheinlich wirkt der mit der Extraktion verbundene Blutverlust als toxinbefreiender Aderlaß. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, wenn wir unter unseren Kranken die

denkbar schlechtesten Zahnverhältnisse antreffen. Gelegentlich einer generellen Untersuchung auf unserer Abteilung Kückenmühle für Schwachsinnige fand ich bei einem Bestande von 685 Personen folgende Zahlen.

Anzahl der Patienten	Anzahl der fehlenden oder kariösen Zähne	Summe der fehlenden oder kariösen Zähne
2	0	0
25	1	25
37	2	74
31	3	93
49	4	196
47	5	235
55	6	330
18	7	126
31	8	248
32	9	288
36	10	360
24	11	264
51	12	612
38	13	494
26	14	364
8	15	120
12	16	192
9	17	153
14	18	252
8	19	152
10	20	200
12	21	252
14	22	308
9	23	207
14	24	336
10	25	250
4	26	104
7	27	189
10	28	280
7	29	203
14	30	420
9	31	279
12	32	384
685	—	7990

Es hatten also nur zwei Personen gesunde, fehlerlose Gebisse, während auf den Kopf (7990:685) = 11,64 fehlende oder kariöse Zähne kamen, trotzdem schon seit Jahren jeder Kranke zur täglichen Reinigung der Zähne mit eigener Bürste angehalten wird. Bei schwächlichen Personen erfolgt die Säuberung durch das Pflegepersonal. Ähnliche Befunde konnte ich bei unseren Epileptikern erheben. Die zweifellos feststehende Tatsache, daß der periphere Zahnreiz zuweilen schon ausreicht, epileptische Insulte herbeizuführen (Gowers, Féré, Siebert, Schwartzkopf), war für uns ein Grund mehr, unser Interesse einer frühzeitigen, sachgemäßen und regulären Beobachtung und konservativen Behandlung der Zahnkrankheiten zuzuwenden.

Bei dieser Absicht durften wir die schwierige, pekuniäre Lage unserer Anstalt nicht außer acht lassen. Doch machten wir bald die freudige Erfahrung, daß die Einrichtung einer solchen zahnärztlichen Abteilung ohne bedeutende Unkosten bewerkstelligt werden konnte. Einige Schwierigkeiten bereitete uns zunächst der Anschluß der Bohrmaschine an unser elektrisches Kabel. Die naheliegende Idee, den Antrieb durch den Motor des vorhandenen Multostaten zu bewerkstelligen, schien für den Fabrikanten unausführbar, bis uns ein hiesiger Techniker durch eine einfache Konstruktion (Anschluß an die Motorwelle durch Rollenübertragung) aus der Verlegenheit half. Die elektromotorische Kraft des Apparates genügt vollständig, selbst zur Exkavation des härtesten Zahnbeins. Dabei hat diese Einrichtung den Vorteil der Handlichkeit und leichten Verschiebbarkeit. Wir sind nicht an einen bestimmten Platz gebunden; wir arbeiten bei hellem Tageslicht in der Nähe des Fensters, bei dunklerem Wetter mehr im Hintergrund des Zimmers unter dem Scheine einer hell reflektierenden, parabolischen Spiegellampe, die wir gleichzeitig für andere medizinische Untersuchungen u. dergl. benutzen. Die Anschaffung eines zahnärztlichen Stuhles verbot sich aus Gründen der Sparsamkeit. Wir ließen daher einen alten eisernen Stuhl in der Weise umarbeiten, daß wir daran eine feste Kopfstütze und ein Attachement für Spucknapf, Wasserglas und Instrumententisch anbringen ließen. Diese Vorrichtung stellt zwar an den betreffenden Zahnarzt größere technische Forderungen insofern, als er bei Erkrankungen der oberen Zähne meistens zu einer etwas gebeugten Körperhaltung gezwungen ist; für unsere Zwecke kann sie jedoch als durchaus ausreichend betrachtet werden. Nach Besorgung aller notwendigen Instrumente, Chemikalien und Füllungsmaterialien konnte Verfasser, der sich die Technik in einem mehrmonatigen Kurse bei einem hiesigen Spezialkollegen zu eigen gemacht hatte, die zahnärztliche Abteilung in den ersten Tagen des neuen Jahres eröffnen. Alles in allem hat uns die vollständige, durchaus ausreichende Einrichtung samt einigen Lehrbüchern nicht ganz 300 M. gekostet, sicherlich eine geringe Ausgabe im Vergleich zu dem Nutzen, der aus solchen Maßnahmen für unsere Patienten entsprießen kann. Selbstverständlich liegt es nicht in unsererer Absicht, uns mit schwierigeren Aufgaben: Regulierungen, Brücken, künstlichen Gebissen zu befassen. Dazu würde es neben bedeutenden kostspieligeren Ausgaben einer längeren spezialistischen Ausbildung bedürfen. Unsere Arbeit erstreckt sich nur auf die Entfernung von Zahnstein und Erhaltung kariöser Zähne durch Füllung mit

Plomben. Unser Augenmerk richten wir zunächst darauf, die schlechtesten Zähne herauszusuchen und vor dem drohenden Untergang durch geeignete Vorkehrungen schnell zu schützen. Naturgemäß nimmt uns diese Behandlung, die zumeist in einer ausgedehnten Wurzelbearbeitung besteht, vorläufig längere Zeit in Anspruch, zumal wenn es sich bereits um einen gangränösen Zerfall der Pulpa handelt. Unseren Kranken III. Klasse steht diese Neueinrichtung vollständig unentgeltlich zur Verfügung, während von den besser situierten Pensionären für jede Inanspruchnahme von der Anstaltsleitung ein entsprechender Beitrag erhoben wird. Auf diese Weise reduzieren sich die Ausgaben für diese Anschaffung auf ein Minimum.

Wenn sich neuerdings in unseren öffentlichen Irrenanstalten besonders auf dem platten Lande die Gewohnheit mehr und mehr einbürgert, je nach dem Bedürfnis Anstaltsärzte einige Wochen in eine Universitätsstadt zwecks Ausbildung in einem Spezialfach zu beurlauben, so rate ich dringend, auch die konservierende Zahnheilkunde in den Kreis dieser Kurse miteinzubeziehen. Die nötige Technik ist unter der Voraussetzung der Kenntnis der Anatomie und Physiologie von jedem Kollegen ohne Schwierigkeiten in kurzer Zeit zu erlernen. Wo es allerdings die pekuniären Verhältnisse gestatten oder der Hinzuziehung eines Zahnarztes keine örtlichen oder zeitlichen Schwierigkeiten im Wege stehen, empfiehlt sich die Anstellung eines solchen.

Mitteilungen.

— **Neue Anstalten, Erweiterungsbauten und Kosten der Irrenpflege in Baden.** In den Sitzungen der badischen Ständeversammlung vom 25. Januar bezw. 9. und 13. März d. Js. (II. Kammer) und vom 9. Februar bezw. 22. März (I. Kammer) sind sämtliche Anforderungen der Großh. Regierung für das Irrenwesen genehmigt worden, und zwar zunächst unter Titel 12 „Heil- und Pflegeanstalten" B. Außerordentlicher Etat folgende Mittel für den Ausbau der badischen Anstalten:

I. Für den Neubau der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz zu den bisher bewilligten 1 594 600 M. weitere 1 970 000 M., und zwar für den Neubau der beiden Häuser M H I und F H I (Lazaretthäuser für je 60 körperlich Kranke, Gebrechliche und Sieche), ferner der beiden Häuser M H 2 und F H 2, Häuser für je 50 sogenannte halbruhige Kranke, im ganzen also von vier Krankenhäusern, sodann des Leichenhauses mit Aufbahrungsraum, des Gutshofs, des Direktorwohnhauses, zweier Beamtenwohnhäuser für je vier Familien (Personal und Oberpersonal) und des Torwarthauses. Des weiteren sind Mittel vorgesehen für den Ausbau und die innere Einrichtung der bereits begonnenen Krankenhäuser, Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude sowie der technischen Anlagen und Einrichtungen, so 121 000 M. für die Fernheizung, 150000 M. für Kanalisation und 280000 M. für Wasserversorgung.

II. Für den Ausbau der Anstalt bei Emmendingen zusammen 168 600 M., und zwar für die Anstaltskirche 75 000 M., für ein Wohnhaus für zwei Ärzte 55 600 M. und für ein Wohnhaus für vier Wärter 38 000 M.

III. Für Vorarbeiten an dem Projekt der neuen Anstalt bei Rastatt 10000 M.

Die Gesamtsumme im außerordentlichen Etat, d. h. für Neubauten beträgt 2 148 600 M.

Dazu kommt dann noch A. im ordentlichen Etat, d. h. für den Betrieb sämtlicher Anstalten die Summe von 4 573 300 M. für die Budgetperiode der beiden Jahre 1912/13.

Zusammen ergibt sich somit eine Summe von 6 721 900 M. als Leistung des Staates für das Landesirrenwesen auf die nächsten zwei Jahre. Das entspricht bezüglich der Neubauten einem Satze von rund 1 M. auf einen Landeseinwohner, bezüglich des Betriebs von 2,13 M. und bezüglich des ganzen Budgets des Irrenwesens einem Satze von 3,13 M. auf einen Landeseinwohner in zwei Jahren.

Die kleine oben unter III erwähnte Summe von 10000 M. für Vorarbeiten an der Anstalt bei Rastatt verbirgt ein großes Unternehmen. Damit ist der Landtag nämlich zugleich im allgemeinen auf das Projekt der neuen Irrenanstalt bei Rastatt, die im Verfolg der Ausführungen der Denkschrift des Wieslocher Anstaltsdirektors Dr. Fischer „über den Stand der Irrenfürsorge in Baden" eine Zentrale der Irrenfürsorge für etwa 2000 Kranke geben soll und eine Bausumme von rund 10 Millionen Mark erfordern wird, eingegangen.

Eine längere Diskussion ergab sich in dieser Landtagssession bei unserm Etat des Irrenwesens hauptsächlich gerade über dieses neue Projekt der Regierung. Auf Grund von Petitionen aus dem Unterlande, insbesondere der Stadtgemeinde Adelsheim traten verschiedene Abgeordnete für die Verlegung der Anstalt in das Hinterland ein; auch wurden die Vorzüge kleinerer Anstalten mit Recht betont.

Schließlich drang aber der Antrag der Regierung durch und das Projekt der Anstalt bei Rastatt wurde im Prinzip genehmigt. Die Regierung konnte sich, wie auch in der Denkschrift schon geltend gemacht worden war, darauf stützen: 1. daß für das schwächer bevölkerte Hinterland durch die Irrenklinik in Heidel-

berg und die große Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch vorerst noch genügend gesorgt sei, 2. daß es dagegen im dichtbevölkerten Mittellande an Anstalten und Krankenplätzen derart mangle, daß schon jetzt 1400 und später 2000 Plätze beschafft werden müßten. Es handelte sich also lediglich um die Frage, ob diese Zahl durch zwei vollständig getrennte, aber nur auf kurze Entfernung (etwa 1/2 Stunde Bahnfahrt) auseinander liegende Anstalten beschafft werden solle oder aber durch eine doppelt so große Anstalt. Die finanziellen Vorteile gaben den Ausschlag für die Doppelanstalt.

— **XVII. internationaler medizinischer Kongreß, London,** 6. bis 12. August 1913. Das Bureau des Kongresses versendet das zweite Zirkular. Das vorläufige Programm der Diskussionsthemata führt auf bei Sekt. XI. Neuropathologie: 1. Die Symptome der Kleinhirnerkrankungen und ihre Bedeutung. 2. Aphasie, Anarthrie und motorische Apraxie. 3. Das Verhältnis des „Traumas" zu den degenerativen Erkrankungen des Nervensystems. 4. Das Wesen der als „Parasyphilis" bezeichneten Disposition. 5. Die Behandlung der Gehirntumoren und die Indikationen für die Operation (zusammen mit Sekt. VII, Chirurgie) —; bei Sekt. XII, Psychiatrie: 1. Die psychiatrische Klinik, ihre unterrichtlichen und therapeutischen Ziele und die Heilerfolge. 2. Die durch Infektion und Autointoxikation verursachten Geisteskrankheiten. 3. Psychoanalyse. 4. Die Psychologie des Verbrechens (zusammen mit Sekt. XIX, gerichtliche Medizin). 5. Die syphilitischen und parasyphilitischen Geistesstörungen (findet an einem anderen Tage statt als die Diskussion über XI, 4). — Sekt. XIX, gerichtliche Medizin: 1. Ursache und Verhütung des Selbstmords. 2. Die Gewohnheitstrinker in Beziehung auf zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit. 3. Die Syphilis: ihre Gefahren für die Gesellschaft und die Frage der staatlichen Überwachung. 4. Die Psychologie des Verbrechens (zusammen mit XII, 4). 5. Schaffung und Unterhaltung eines gerichtlich-medizinischen Instituts. — Adresse des Generalsekretariats des Kongresses: London W., 13 Hinde street. (Cf. pag. 445, Jahrg. XIII.) Se. Kgl. Hoheit der Prinz Arthur von Connaught wird den Kongreß eröffnen, dessen Verlauf ein sehr glänzender sein wird. In den allgemeinen Sitzungen werden sprechen: Chauffard, Harvey Cushing und Paul Ehrlich.

Referate.

— Report from Pathological Department Central Indiana Hospital for insane. Vol. II., 1906/1907; 1907/1908. Vol. III., 1908/1909. Indianapolis, W. M. B. Burford, 1910.

Berichte über die Tätigkeit an obengenanntem Hospital, die in Lehrtätigkeit sowie in pathologisch-anatomische Forschungen mit entsprechenden Publikationen zerfällt.

Es sei besonders auf die zahlreichen Sektionsbefunde hingewiesen. Heinicke-Waldheim.

— State of New York. State Commission in Lunacy, 22 Annual report, Okt. 1. 1909, to Sept. 30. 1910. Albany, J. B. Lyon Company, State Printers, 1911.

Offizieller Bericht des Medizinalwesens und seiner Organisation im State of New York, mit besonders ausführlicher Darstellung des Irrenwesens.

Heinicke-Waldheim.

— Abramovski, Edouard, Chef du Laboratoire de Psycho-Physiologie de Var vie. L'analyse physiologique de la perception. Blond et Cie., Paris.

Das vorliegende Werkchen beschäftigt sich in fünf Kapiteln mit der physiologischen Analyse der Wahrnehmung. Heinicke-Waldheim.

— Abraham, Dr. Karl, Arzt in Berlin, Giovanni Segantini. Ein psychoanalytischer Versuch. Mit zwei Beilagen. (Schriften zur angewandten Seelenkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud. Elftes Heft.) Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911.

Die Broschüre macht es sich zur Aufgabe, das Leben und Wirken des Giovanni Segantini in der bekannten psychoanalytischen Art Freuds zu beleuchten. Als Grundlage dient dem Verf. besonders Servaes' biographische kunstkritische Arbeit über den Künstler.

Es ist ein interessanter neuer Versuch, den Verf. hiermit unternimmt. Ref. kann ihm aber in manchem nicht zustimmen; zunächst geht Verf. in der Betonung der kindlichen Sexualität wohl zu weit; auch ohne diese übergroße Betonung derselben lassen sich gerade im vorliegenden Falle psycho-analytische Studien machen.

Weiter! Segantini leidet an wechselnden Stimmungen und diese ziehen wie ein roter Faden durch sein ganzes privates wie künstlerisches Leben. Verf. schildert diese großen des Künstlers Leben bestimmenden Phasen mit wunderbarer Deutlichkeit. Dabei hält er für den hervorstechendsten Zug in des Segantini Seelenzustand dessen ungewöhnliche Fähigkeit zur Sublimierung; je nachdem die eine oder die andere Komponente z. B. Liebe, Haß herrscht, sich dem Bewußtsein bemerkbar macht, oder unterdrückt, verdrängt ist, wechsele die Stimmung. Hier übersieht Verf. ganz, daß der jeweilige Zustand, — Verstimmung, Erregung — primär ist, wohl als Ausfluß wechselnder Hirntätigkeit, und daß erst die Verstimmung oder Erregung entsprechende Affekte unter mehr weniger bewußter Erinnerung an Erlebtes zeitigt, die wiederum dem künstlerischen Leben dieser Phasen ihren mächtigen Stempel aufdrücken. Segantini ist zweifellos manisch-depressiv veranlagt, in einer Form, wie sie so häufig außerhalb der Irrenanstalten exstiert, dem Laien als Launen erscheinend.

Wenn aber auch die Prämissen des Verf. und Ref. in manchem auseinandergehen, so gibt es doch in der vorliegenden Broschüre eine Reihe gemeinsamer Punkte. Ref. kann ihre Lektüre nur jedem empfehlen; sie trägt unendlich viel zum Verständnis Segantinis und seiner Werke bei.

Heinicke-Waldheim.

Anstaltstechnisches.

— Als Voraussetzungen der möglichsten **Verhütung von Kartoffelvergiftungen** bezeichnen Anstaltsarzt Dr. E. Schroeder und Ökonomieverwalter W. Weingand, Kgl. Heilanstalt in Weißenau, Württemberg, in einem Artikel: „Kartoffelvergiftung und deren Verhütung" („Zeitschrift für Krankenanstalten" vom 5. April 1912) die Benutzung der Kartoffel-Schäl- und Schneidmaschine und der Salatmaschine, sowie ein verändertes Kochverfahren bei den zur Salatbereitung bestimmten Kartoffeln: Schälen der Kartoffeln am Tage vor der Verwendung in rohem Zustande mit der Schälmaschine, Aufbewahrung derselben, mit Wasser übergossen, über Nacht in hölzernen Standen, am nächsten Morgen Dämpfen im Kartoffeldämpfer, nach kurzer Abkühlung Verarbeitung zu Scheiben im Kartoffelschneideapparat. (Der Salat wird etwas breiiger.) Salatmischung in der Salatmischmaschine. Nach den neueren Ergebnissen der Bakteriologie kommen für die Massenvergiftungen nach Kartoffelsalat Toxine von Bazillus proteus, Bazillus enteritidis Gärtner, Paratyphusbazillus und andere Mikroorganismen in Betracht. Die Vermehrung der Fäulnisbakterien ist auf warmen Kartoffeln in wenig Stunden eine enorme, auch die Gefahr der Infektion der Kartoffel durch die Hände des Küchenpersonals ist eine erhebliche. Von der Annahme, daß den Massenerkrankungen nach Genuß von Kartoffelsalat Solaninvergiftung zugrunde liegt, ist man abgekommen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Königslutter.** Dr. med. Hermann Krueger, gebürtig aus Berlin, zuletzt Assistenzarzt an der Großherzogl. Irrenanstalt zu Gehlsheim bei Rostock, und Dr. med. Albert Kook, gebürtig aus Oestrum, Kr. Gandersheim, zuletzt praktischer Arzt in Wrisbergholzen, Post Harbarnsen, sind als Assistenzärzte in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten.

— **Dalldorf.** Geh. Med.-Rat Dr. König, früher Oberarzt an der städt. Irrenanstalt Dalldorf, ist gestorben.

— **Kiel.** Geh. Med.-Rat Dr. Wilhelm Jessen ist gestorben. (Approbiert 1847.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale - Fernspr. Nr. 823

Nr. 5. 4. Mai **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus der oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth. Direktor Dr. J. Hock.)

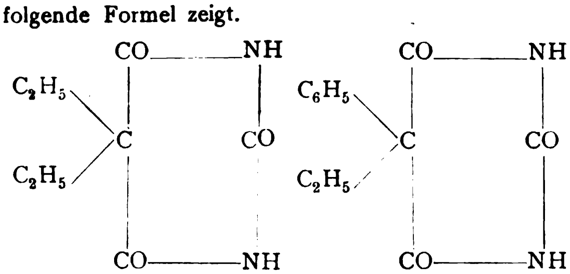
Über Luminal und dessen Anwendung bei Geisteskranken.

Von Kgl. Hilfsarzt *Paul Reiss.*

Die medizinische Fachpresse ist seit Jahren überfüllt mit Anpreisungen von alten und neuen, Wunder wirkenden Schlafmitteln und Sedativen, die jedoch souveränen Mitteln, wie Paraldehyd, Veronal und Skopolamin keine größere Konkurrenz zu bieten vermochten. Die Jagd nach neuen Schlafmitteln ist wohl in erster Linie dadurch veranlaßt, daß die Chemiker ein Ersatzmittel anzugeben erstreben, das möglichst wenige schädliche Nach- und Nebenwirkungen hervorruft, ein Umstand, der vom ärztlichen Standpunkt aus die weitgehendste Unterstützung finden muß. Und sollte auch das eine oder das andere Präparat in kurzer Zeit wieder verschwinden, der Forschungseifer erhält neue Anregung und baut und baut, bis er das gesteckte Ziel erreicht. Aufgabe des Arztes ist es hier, in einer möglichst genauen Kasuistik die Mittel durchzuprüfen und ihren Erfolg oder Mißerfolg eingehendst an seinem Krankenmaterial zu studieren. Denn nur eine umfangreiche Beobachtung und diese eine Anzahl von Jahren durchgeführt und mit anderen Beobachtungen verglichen, kann Aufklärung bringen.

Wenn ich im folgenden daran gehe, über ein neues Schlafmittel zu berichten, das im Kampf gegen das Skopolamin in erster Reihe stehen soll nach Ansicht seiner Darsteller, bin ich mir aus den angeführten Gründen wohl bewußt, daß meine Arbeit keine abschließende sein kann, daß ich bei der Kürze der mir zu den Untersuchungen zur Verfügung stehenden Zeit — sechs Monate — weder alle Vorteile noch alle Nachteile anzugeben imstande bin, schon aus dem einen Grunde, weil mir vergleichende Beobachtungen fehlen. Meine Arbeit kann nur einen Beitrag zur Kasuistik bilden.

Luminal stellt ein kürzlich von den Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Co. in Elberfeld in den Handel gebrachtes Hypnotikum dar. Es ist seiner chemischen Zusammensetzung nach Phenyläthylbarbitursäure und unterscheidet sich von seinem nahen Verwandten, dem Veronal, dadurch, daß eine Äthylgruppe durch eine Phenylgruppe ersetzt ist, wie nachfolgende Formel zeigt.



Veronal. Luminal.

Luminal kommt in den Handel in Form der reinen Säure als Tabletten zur internen Verabreichung und als phenyläthylbarbitursaures Natrium, das in H_2O sehr leicht löslich ist, für subkutane Injektionen.

10- bis 20 prozentige Lösungen dieses Salzes können ohne Gefahr der Zersetzung zwei Minuten aufgekocht werden und halten sich acht bis zehn Tage vollständig klar. (Auf die Abnahme der Wirkung werde ich später zu sprechen kommen.) Bei längerem Stehen erleiden diese alkalischen Lösungen

eine geringfügige Zersetzung in der Weise, daß ein Molekül Kohlensäure austritt unter Bildung von Phenyläthylacetylharnstoff, der nur schwach hypnotische Eigenschaften besitzt. Von einer Abfüllung der Lösung in Ampullen mußte abgesehen werden, da sich bei Sterilisation unter Druck schon nach kurzer Zeit Ablagerungen bemerkbar machten.

Als ich von meinem Chef, Herrn Direktor Dr. J. Hock, zu den ersten Versuchen veranlaßt wurde, war mir bekannt, daß Vorversuche mit dem damals Hyp genannten Mittel an der psychiatrischen Klinik in Cöln (Prof. Dr. Aschaffenburg) ein günstiges Resultat ergaben.

Es sollte Luminal eine sicher und prompt Schlaf machende Wirkung ausüben; es sollten keinerlei Folgeerscheinungen sich zeigen; ein Erfolg wäre nicht nur bei Agrypnie, sondern auch bei heftigen Erregungszuständen Geisteskranker zu beobachten. Nach Lage des Falles sei das Mittel auch leicht subkutan zu verwenden und würde sich insbesondere bei erregten und widerspenstigen Patienten bewähren.

Durch die zu den Versuchen einladende Firma war mir weiter eine Arbeit von Dr. Impens aus dem pharmakologischen Laboratorium der Farbenfabriken zugänglich, deren eingehendere Besprechung bei einer ersten Veröffentlichung wohl gestattet sein dürfte.

Impens berichtet nämlich über Tierversuche. Er verwandte dabei das Natriumsalz der Phenyläthylbarbitursäure und verabreichte davon den Tieren eine 10- bis 20prozentige Lösung per os, subkutan und intravenös. Er fand, daß sich die Phenyläthylbarbitursäure bei den verschiedenen Versuchstieren als ein intensiv wirksames Hypnotikum erwies. Die Substanz habe einen genügend sauren Charakter, um mit Alkalien Salze zu geben, welche die Gewebe nicht ätzen, da sie nicht übermäßig in Wasser hydrolysieren.

Beim Frosch wurde eine Dosis von 0,01 g in den Rückenlymphsack injiziert und ein 10 bis 15 Stunden währender Schlaf erzielt. Die Atmung nahm ab; die Herzaktion wurde etwas verlangsamt. Die Erholung trat glatt ein und machte schnelle Fortschritte.

Bei der Katze erwies sich eine Dosis von 0,2 g pro Kilo Lebendgewicht als letal. „Eine 2630 g schwere Katze bekam um 9 Uhr 35 Minuten per os in ungelöster Form 0,526 g. Nach zehn Minuten war sie stark schläfrig, nach zwanzig Minuten stellte sich ein ruhiger leichter Schlaf ein. Um 6 Uhr war der Zustand derselbe; der Schlaf war gut, aber nicht sehr tief. Am nächsten Tage war der Schlaf fest, die Atmung unbeschädigt. Während der beiden folgenden Tage entwickelte sich eine tiefe Narkose, welche am Ende des vierten Tages in Kollaps überging und zum Tode führte.“ Eine Dosis von 0,1 g pro Kilo erzeugte allmählich einen tiefen, festen Schlaf, erwies sich jedoch nicht mehr als letal. Bei diesen Katzenversuchen zeigte sich, daß der Schlaf erst allmählich fester wurde, bis zum dritten Tage dauerte und dann langsam sich lösend einem lockeren Schlafe Platz machte. Meist am vierten Tage war die Katze wieder wach, am fünften ganz munter. Selbst kleine Dosen, die per os gegeben wurden, brachten einen ziemlich festen Schlaf ohne Schädigung der Atmung und des Kreislaufes. Der Schlaf soll selbst hier noch am nächsten Tage gedauert haben. Eine der kleinsten Dosen, die verabreicht wurde, 0,05 g pro Kilo, bewirkte nach 20 Minuten Schlaf, der bis zum nächsten Morgen anhielt. Erst nach 48 Stunden wurde die Katze ganz munter. Die kleinste applizierte Dosis, 0,02 g pro Kilo, rief nur Schläfrigkeit hervor. Ausdrücklich konstatiert Impens, daß die Wirkung trotz der Löslichkeit und trotz der subkutanen Injektion bei der Katze außerordentlich langsam eintritt. Demgegenüber falle die protrahierte Wirkung auf, indem auf die Periode des Schlafes oft eine verschiedene Tage dauernde Schläfrigkeitsperiode sich bemerkbar mache. Im Allgemeinbefinden scheine keine Veränderung einzutreten; die Tiere hätten trotz der Schläfrigkeit einen starken Appetit entwickelt. Bei Katzen sei bewiesen, daß als Dosis efficax eine solche von 0,03 bis 0,025 g pro Kilo, als Dosis letalis eine solche von 0,125 g pro Kilo in Betracht komme.

Weitere Versuche wurden zu dem Zwecke angestellt, die Schädigungen nachzuweisen, die eine wiederholte Einspritzung von einer zur Erzeugung von Schlaf mehr als genügenden Dosis mit sich bringe. Die Tiere standen drei bis fünf Tage ständig unter dem Einflusse des Schlafmittels; das Allgemeinbefinden erschien nicht beeinflußt. Sofort nach dem Erwachen begannen die Tiere zu fressen, ja sie nahmen öfters Nahrung in halbschlafendem Zustand auf. Im ausgeschiedenen Harn ließ sich kein Eiweiß nachweisen.

Beim Kaninchen lagen die Verhältnisse ähnlich. Hier ließ sich jedoch, wenn das Tier mehrmals nacheinander injiziert wurde, eine gewisse Kumulation nachweisen; dauerte der Schlaf bei der ersten Einspritzung nur einige Stunden, so währte er nach der folgenden zwei Tage. Dabei blieb aber das Tier gesund, verlor die Freßlust nicht, hatte kein Eiweiß im Urin.

Auch beim Hunde ließ sich, wenn ein gewisses Minimum überschritten wurde, eine deutliche Kumula-

tion feststellen. Erhielt ein 14 600 g schwerer Hund eine Dosis von 1 g, so schlief er nur kurze Zeit. Dieselbe Dosis bewirkte nach Verlauf von zwei Tagen neuerdings injiziert, einen dreitägigen Schlaf. Eine Dosis von 0,5 bis 0,6 g brachte bei dem gleichen Hunde keine Kumulationserscheinungen mehr hervor. Diese Menge, nämlich 0,035 g pro Kilo, wird vom Hunde täglich glatt ausgeschieden.

Die einzelnen Funktionen des Organismus werden von der Phenyläthylbarbitursäure, wenn keine zu hohen Dosen Anwendung finden, nicht in bemerkenswerter Weise beeinträchtigt. Die Atmung wird etwas verlangsamt, bleibt aber tief und regelmäßig. Nach hohen Dosen sah man Pausen in den Atembewegungen und Verlangsamung in der Herzaktion. Mittlere Dosen beeinflußten weder die Atembewegung, noch die Herztätigkeit, noch den Blutdruck.

Impens zieht aus seinen Tierversuchen den Schluß, daß die Phenyläthylbarbitursäure ein intensiv wirksames, als Natriumsalz auch subkutan verwendbares Hypnotikum darstellt, welches eine gewisse Zeit benötigt, um seine Wirkung auszuüben, und Kumulationserscheinungen erst nach Verabreichung von Dosen, welche höher als 0,035 g pro Kilo sind, entfalten kann. (Also erst nach Verabreichung von 2 g bei einem 60 kg schweren Menschen, wenn man die am Hunde gefundenen Zahlen auf den Menschen übertragen darf.) Die Wirkung ist nach kleinen Dosen eine nicht zu lange, bei mittleren Dosen ist sie als protrahiert zu betrachten. Es scheinen kleinere Dosen als beim Veronal zu genügen. Der Spielraum zwischen wirksamer und tödlicher Dosis ist ein reichlicher.

Soweit Impens.

Zu meinen Versuchen wurde mir von den Farbenfabriken sowohl die reine Säure zur Verfügung gestellt in Form von Tabletten von je 0,2 g, die in der Mitte zum Zwecke der leichteren Teilung mit einer tiefen Rinne versehen sind und in Wasser sehr rasch zerfallen, als auch das Natriumsalz der Säure, das ein ganz feines, weißes Pulver darstellt. Die Tabletten haben, wie die Versuchspersonen angaben und Verfasser sich selbst überzeugte, einen stark säuerlichen Geschmack. Das Natriumsalz löst sich in Wasser ohne jeglichen Rückstand. Zum Gebrauche des Salzes zur Injektion stellte ich mir durch Auflösen von 10 g Luminal in 50 g Aqua destillata bei gewöhnlicher Zimmertemperatur eine 20 prozentige Lösung her. Kurz vor der Injektion brachte ich die benötigte Menge im Reagenzglase rasch zum Kochen. Ich konnte dadurch, daß ich den verbleibenden Rest auf verschiedene Zeiten verteilte, jederzeit die Wirkung der Lösung genau verfolgen. Ich möchte schon an dieser Stelle erwähnen, daß ich bis zum sechsten Tage einschließlich nie irgendwelche Abnahme der Wirkung, auch keine anderen Erscheinungen als bei der Injektion der frischen Lösung konstatieren konnte, daß sich also mit anderen Worten die Lösung unverändert sechs Tage hält und gebrauchsfähig erweist. Bis zum achten Tage nahm die Wirkung langsam ab, um vom zehnten bis zwölften Tage an selbst bei stärkeren Dosen fast ganz auszubleiben. Von diesem Zeitpunkte an ließ sich am Boden des Glases ein spärlicher, weißlicher, sich nicht mehr lösender Niederschlag feststellen.

Das phenyläthylbarbitursaure Natrium diente mir ausschließlich zu subkutanen Injektionen. Ich machte dabei auch die Erfahrung, daß die Injektion keinerlei lokale Reizung hervorbringt und nicht schmerzhafter ist als eine Morphininjektion. Nur bei Lösungen, die älter als 14 Tage waren, wurde zeitweilig noch am zweiten Tage über stechende und brennende Schmerzen geklagt und erschien die Injektionsstelle in kleinem Umkreis gerötet und infiltriert, trotz Anwendung der strengsten Asepsis. Nach Verlauf von ungefähr acht Tagen ließ sich an der betreffenden Injektionsstelle ein kirschkerngroßes, deutlich verdicktes, derbes Infiltrat feststellen, das beständig blieb, bei Palpation den Eindruck von solidem Narbengewebe machte, sich nach außen nicht weiter dokumentierte und keinerlei Schmerzen verursachte. Nachdem ich dieses Verhalten der Lösung festgestellt hatte, brachte ich keine Lösung, die älter als sechs Tage war, mehr zur Anwendung.

Bei der Verabreichung der Tabletten, wobei, um eine Kontrolle gegenüber der subkutanen Injektion zu haben, in gleichgelagerten Fällen die gleichhohe Dosis wie bei der entsprechenden Injektion gegeben wurde, ließ ich nach der Einnahme teils kalten, teils heißen dünnen Teeaufguß nachtrinken. Wurde wegen des säuerlichen Geschmackes die Einnahme verweigert, so gab ich die Tabletten in Oblaten.

Von der Fabrik wurde mir als wirksamste Dosis für Frauen, schwächliche und ältere Mannspersonen 0,3 bis 0,4 g, für Männer 0,4 bis 0,5 g angegeben.

Die Ausprobung des Mittels geschah derart, daß neben einer genauen Beobachtung des Schlafes — die Versuchspersonen befanden sich auf den Wachabteilungen — dem Allgemeinbefinden erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet und für eine zuverlässige Kontrolle der Herz- und Atemtätigkeit gesorgt wurde, sowie fortlaufende Urinuntersuchungen und Blutdruckmessungen stattfanden.

Zur besseren Beobachtungsmöglichkeit wurden sehr viele Verabreichungen am frühen Morgen gegeben. Ich wollte dadurch nach dem Vorgange von Bresler (Psych.-Neurol. Wochenschrift, 1906, Nr. 6) anstreben, sowohl ein Zusammentreffen der Wirkung mit dem natürlichen Schlafbedürfnis am Abend zu vermeiden, als auch selbst länger die Versuchspersonen vor Augen zu haben, als dies bei gelegentlichen Nachtvisiten der Fall sein kann. Die Tiefe des künstlichen Schlafes konnte so besser studiert werden. Als Gradmesser diente mir zum großen Teile die Unruhe der Mitkranken; doch brauchte ich am Tage auch vor der Erzeugung großer Geräusche nicht zurückzuschrecken. Zudem bot sich bei diesem Verfahren Gelegenheit, das Verhalten von Versuchspersonen, die aus dem Schlafe gerissen wurden, genau zu beobachten.

Der Eintritt der Wirkung des Luminal gestaltete sich sehr verschieden und konnte ich bei den verschiedenen Ordinationen noch keinen ganz einheitlichen Typus feststellen. Meine Erfahrung geht dahin, daß nicht die Höhe der Dosis für den Eintritt der Wirkung maßgebend ist, sondern die Art der Anwendung. Bei subkutaner Verwendung selbst hoher Dosen scheint der Eintritt des Schlafes im allgemeinen, wie wir auch bei den Tierversuchen gesehen haben, etwas später einzutreten als bei interner Darreichung. Es trat bei einer derartigen Anwendung der Schlaf erst ein nach Verlauf von einer Stunde, in nicht gerade seltenen Fällen sogar nach zwei bis drei Stunden. Gab ich Luminal per os, so ließ sich, wenn mit kaltem Teeaufguß gegeben, ebenfalls eine Verzögerung feststellen, die sich ungefähr in den angegebenen Zeiten bewegte. Anders lagen die Verhältnisse, wenn ich heißen Tee nachtrinken ließ. Hier zeigte sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schon nach 15 Minuten die Wirkung. Als Regel dürfte sich sonach über den Eintritt der Wirkung im allgemeinen feststellen lassen, daß im Durchschnitt der Schlaf nach ungefähr einer Stunde eintritt. Dieser Zeitraum ist zu verkürzen, wenn man unmittelbar nach der Einnahme eine heiße Flüssigkeit nachtrinken läßt. Aus der langsam eintretenden Wirkung ergibt sich der Schluß, daß Luminal zur Herbeiführung von Wirkung für die Nacht am besten bald nach dem Abendessen verabreicht werden soll.

Die ersten Erscheinungen, die sich nach Einnahme des Mittels zeigten, traten für gewöhnlich nach einer halben Stunde ein und äußerten sich fortschreitend in Müdigkeit, Mattigkeit, Bedürfnis nach Ruhe. Dann kam ein taumelnder Gang hinzu und das Schlafbedürfnis trieb selbst die unruhigsten Patienten in die Betten. Zweimal konnte ich dagegen ein deutliches Exzitationsstadium feststellen und trat bei diesen Fällen auch kein Schlaf ein. Ich führte diese Wirkung auf eine zu geringe Dosis zurück; denn bei einer Steigerung der Dosis konnte ich am nächsten Tage keine Erregung, wohl aber das Eintreten von Schlaf innerhalb der gewöhnlichen Zeit feststellen.

Der Schlaf selbst war anfänglich ein oberflächlicher, vertiefte sich jedoch schon nach kurzer Zeit bedeutend. Der größte Lärm auf der Abteilung — ich erwähne nur fortgesetztes Schlagen und Stoßen gegen die Türen — brachte die meisten Versuchspersonen nicht zum Erwachen. Wurden die Kranken ja einmal wach, so zeigten sie sich sehr benommen, kannten sich nicht recht aus, blieben im Bett und schliefen bald wieder ein.

Der erzielte Schlaf war von sehr langer Dauer. Ein sechs- bis neunstündiger Schlaf, in der Regel sogar ein acht- bis neunstündiger und noch darüber, war für gewöhnlich das Resultat.

Beistehende Tabelle stellt das Ergebnis meiner ersten hundert Anwendungen dar. Mit guter Wirkung ist ein Schlaf bezeichnet nicht unter sieben Stunden, mit schwächerer Wirkung ein Schlaf nicht unter fünf Stunden.

Art der Wirkung	Gute Wirkung	Schwächere Wirkung	Ohne Wirkung	
Tabletten 0,2 g	3	2	—	5
Tabletten 0,3 g	22	6	1	29
Injektion 0,1 g	1	—	—	1
Injektion 0,2 g	30	12	3	45
Injektion 0.3 g	19	1	—	20
Summe	75	21	4	100

Es ergibt sich aus dieser Zusammenstellung, daß ich 96% Erfolg sah. Aus der Tabelle ergaben sich mir weiterhin Schlüsse auf eine richtige Dosierung, die ich, nachdem ich mich bei diesen Vorversuchen von der allgemeinen Wirkung überzeugt hatte, zu ergründen versuchte. Ich beobachtete nun, mit welcher kleinsten Gabe sich bereits ein ausreichender Schlaf erzwingen ließ, und fand, daß schon bei einer großen Zahl von Kranken eine Dosis von 0,1 g genügte, gleichgültig ob subkutan oder intern verabreicht. Diese Dosis brachte gewöhnlich eine volle Wirkung bei Fällen, wo das Einschlafen erschwert oder verzögert war oder wo sich nur ein geringfügiges Schlafbedürfnis bemerkbar machte. Ich erwähne hier Fälle von Agrypnie des Seniums, von nervöser Schlaflosigkeit, von nächtlicher, halluzinatorisch bedingter Unruhe. Daneben leistete mir Luminal in dieser Dosis vorzügliche Dienste bei einer Anzahl zwar nicht erregter aber ungemein reizbarer Epileptiker, die einen

langen, jedoch nicht sonderlich tiefen Schlaf hatten und — bei dem unvermeidlichen Lärm auf überfüllten Wachabteilungen — eine jede Störung ihres Schlafes mit einer Gewalttätigkeit begleiteten. Durch Abgabe von Luminal in der Dosis von 0,1 g konnte ich hier den Schlaf entsprechend vertiefen und diese Kranken — sit venia verbo — gewissermaßen mit der Zwangsjacke ums Gehirn festlegen. Patienten, die diese Dosis erhielten, zeigten einen Schlaf, der dem physiologischen sehr nahe kam. Der Schlaf war traumlos, ruhig und tief. Atmung und Herztätigkeit erschienen nicht im geringsten beeinflußt. Die Pupillen waren sehr enge. Die Personen fühlten sich nach dem Schlaf sehr frisch und gekräftigt, äußerten ihre Zufriedenheit über die vorzügliche Ruhe. Es bestanden nicht die geringsten Neben- und Nachwirkungen: keine Benommenheit, keine Übelkeit, kein Brechreiz. Durstgefühl oder Trockenheit im Hals ließ sich nach der Einnahme des Mittels in keinem Falle feststellen. Der Appetit nach dem Erwachen war stets ein sehr reichlicher.

Eine derartige kleine Dosis konnte natürlich bei erregten Kranken nicht genügen. Eine bessere, wenn auch noch nicht absolut sichere Dosis, die mir viele schöne Erfolge brachte und ebenfalls keinerlei Nebenwirkungen erwies, war eine solche von 0,2 g. Ich glaube, daß sich diese Dosis in der Allgemeinpraxis am besten bewähren wird.

Bei einer Dosis von 0,3 g war die Wirkung auch bei größeren Erregungen eine unverkennbar gute, wenn auch nicht alle Fälle die gleich intensive Wirkung zeigten. Ich gab weiterhin Luminal noch bis zu einer Dosis von 0,7 g. Es handelte sich dabei um höchste Erregungen, bei denen, wie von früheren Versuchen in der Anstalt bekannt ist, Paraldehyd 10,0, Veronal 1,0, Trional 2,0, Skopolamin 0,002 neben Dauerbädern völlig wirkungslos waren. Hier sah ich nun öfters bei einer Dosis von 0,5 bis 0,7 g geradezu staunenswerte Erfolge; waren diese Kranken früher zu Zeiten ihrer Erregung eine wahre Crux — mußten doch sogar eigene Wachen hierfür eingesetzt werden —, so konnte durch Verabreichung von Luminal fast mit absoluter Sicherheit für die Nachtruhe garantiert werden.

Es zeigte sich jedoch bei Abgabe von höheren Dosen, daß der Gebrauch von Luminal nur mit Vorsicht und unter genauer individueller Berücksichtigung erfolgen darf. Mehrere dahingehende Erscheinungen hatte ich schon bei einer Dosis von 0,3 g zu beobachten Gelegenheit. Luminal übt nämlich in diesen Dosen eine derartige hypnotische Wirkung aus, daß man von der ganz ungewöhnlich protrahierten Wirkung oft völlig verblüfft ist. Selbst nach deren Verklingen bringt Luminal noch kalmierende Wirkung hervor, die ich in manchen Fällen noch bis zum dritten, ja vierten Tag verfolgen konnte. Wenn diese Eigenschaft auch zur Vorsicht mahnt, so stellt sie hinwiederum auch einen der größten Vorzüge des neuen Schlafmittels dar. Ich selbst habe an meinen Patienten noch mit keinem anderen Hypnotikum eine derartige Wirkung gesehen. Und bei den Versuchspersonen handelte es sich nicht um frische Fälle, sondern um langjährige Anstaltsinsassen, deren Erregungen in den Krankengeschichten niedergelegt waren, deren Erregungen bisher nie auf eine solche Art und Weise zu beeinflussen waren.

Wenn ich im ersten Teile meiner Arbeit die Tierversuche von Impens genauer ausführte, so hatte dies seinen Grund darin, daß ich bei meinen Versuchen ähnliche Verhältnisse beim Menschen fand.

Es war nicht nur der Schlaf sehr verlängert — ein zwölfstündiger Schlaf war keine Seltenheit —, die Patienten zeigten sich noch nach dem Erwachen sehr müde; sie hatten das Gefühl der Mattigkeit und Kraftlosigkeit in allen Gliedern; sie blieben ruhig im Bett liegen, während sie sonst dem Personal durch ihre psychomotorische Unruhe ungeheuer zu schaffen machten: sie lagen meist in ruhigem Halbschlaf, kannten sich nicht recht aus, das Sensorium war etwas benommen. In der darauf folgenden Nacht trat der früher nie erreichte Schlaf gewöhnlich spontan ein. Die Patienten entwickelten dabei tagsüber guten Appetit; ich hörte keine Klagen über Kopfschmerzen oder Übelkeiten, sah auch nie Erbrechen. Nach einem erquickenden Schlaf stellte sich sodann am zweiten Tage ein rasches Verlieren dieser Erscheinung ein. Der ganze zweite Tag stand unter dem Einfluß der kalmierenden Wirkung; erst am dritten Tage kam die Erregung allmählich wieder zum Durchbruch.

Ich führe diese Wirkung einmal auf die Höhe der Dosis zurück, schließe aber gleichzeitig daraus, daß der Abbau der Phenyläthylbarbitursäure im Körper sehr langsam vor sich gehen muß. Ausdrücklich möchte ich jedoch hervorheben, daß diese Erscheinungen nur bei Kranken zu beobachten waren, deren Körper infolge von langandauernder und lebhaftester Erregung erheblich geschwächt war. Bei vollkräftigen Personen konnte ich neben einer einige Zeit anhaltenden kalmierenden Wirkung keine weiteren Nebenerscheinungen nachweisen.

Hauptsächlich derartige Fälle wurden von mir eingehendst untersucht. Die Reflexe waren nach Lage des Falles nicht erloschen. Die Atmung war

ruhig, tief, verlangsamte sich während der ganzen Dauer der Wirkung nicht, zeigte insbesondere keine Pausen. Die Herztätigkeit war jederzeit eine ganz normale, erschien in keiner Hinsicht gestört. Die Kontrolle des Pulses zu den verschiedenen Zeiten ergab jedesmal die gleiche Frequenz, den gleichen Rhythmus, die gleiche Füllung. Die Körperausscheidungen wurden regelmäßig betätigt. Mehrere hundert Harnuntersuchungen, chemisch und mikroskopisch ergaben die völlige Intaktheit der Nieren; nicht die geringste Reizwirkung konnte nachgewiesen werden. Nur einmal fand ich im Urin Spuren von Eiweiß; doch konnte dieser Fall sofort ausgeschieden werden, da bei der betreffenden Patientin sich noch im Laufe des Tages heftiges Fieber einstellte und eine Plegmone zum Ausbruch kam.

In der Mehrzahl der Fälle wurde eine systematische Blutdruckmessung durchgeführt. Schon einige Zeit vor der Einnahme von Luminal wurden zu diesem Zwecke die physiologischen Schwankungen bei den einzelnen Individuen mit dem Apparat von Riva-Rocci festgestellt. Stündliche Messungen nach der Einnahme des Schlafmittels ergaben, daß der Blutdruck bei Dosierung bis 0,4 g überhaupt unverändert blieb. Bei höheren Dosen war eine ganz minimale Abnahme zu verzeichnen.

In keinem Falle schien mir das Allgemeinbefinden gestört.

Gab ich Luminal am Morgen, so fand ich, daß ich zur Herbeiführung der Wirkung eine etwas höhere Dosis geben mußte als am Abend, was wohl damit zusammenfällt, daß am Abend die Wirkung des Schlafmittels sich mit dem natürlichen Schlafbedürfnis verbindet.

Kumulationserscheinungen konnte ich bei den verabreichten Dosen in keiner Weise beobachten. Eher war das Gegenteil der Fall, daß eine gewisse Gewöhnung eintrat. So habe ich einige Fälle zu verzeichnen, wo durch eine Gabe von 0,2 oder 0,3 g ein vorzüglicher Schlaf erzielt wurde. Wurde jedoch die gleiche Dosis an mehreren hintereinanderfolgenden Tagen gegeben, so war die ursprüngliche Wirkung nicht mehr festzustellen. Der Schlaf trat zwar innerhalb der gleichen Zeit ein; doch währte er nur eine kürzere Zeit. Über ein gewisses Minimum jedoch ging er nie herab. Bei rasch aufeinanderfolgenden Gaben stellte sich demnach keine Dauerwirkung mehr ein.

Was nun die Fälle betrifft, bei denen kein Schlaf selbst bei Dosen von 0,3 g eintrat, so ließ sich hier eine je nach der Stärke der Dosis verschieden lange Zeit anhaltende, nicht zu übersehende, beruhigende Wirkung konstatieren. In den meisten derartigen Fällen steigerte sich der Effekt bis zur Schläfrigkeit. Im Bette blieben die meisten Kranken. Von einem vollständigen Versagen im eigentlichen Sinne des Wortes kann also keine Rede sein.

Ich konnte ferner drei Fälle beobachten, wo Luminal bei längerem Gebrauche direkt abkürzend auf die Dauer der Erregung wirkte, wo ich die eingetretene rasche Besserung und Heilung nach Lage des einzelnen Falles großenteils auf die sedative Wirkung zurückführen muß. Obwohl ich hier die Dosis öfters enorm steigerte, konnte ich trotzdem keine schädlichen Folgen nachweisen.

Wie ich schon erwähnte, konnte ich in der Wirkungsweise bei interner und subkutaner Verabreichung keinen Unterschied erkennen. Der Erfolg war bei gleichgelagerten Fällen in der gleichen Dosis stets der gleiche. Wenn ein Unterschied besteht, so ist er vielleicht darin gegeben, daß nach meinen Beobachtungen der Eintritt der Wirkung bei interner Darreichung früher stattfindet als bei subkutaner. Beide Ordinierungen erwiesen sich mir als gleich wertvoll. Ich hatte weder bei der subkutanen noch bei der internen Anwendung irgendeine Nebenwirkung im Allgemeinbefinden zu konstatieren.

Angewendet habe ich Luminal bei meinen Versuchen bei Fällen von Agrypnie auf verschiedener Basis. Ich habe bereits erwähnt, daß sich Luminal in diesen Fällen sehr gut bewährte. Daneben sah ich gute Erfolge bei den Erregungen der Epilepsie und der progressiven Paralyse, bei langandauernden manischen und katatonischen Erregungen und depressiven Phasen sowie bei hysterischen Exaltationen. Delirante standen mir zu den Versuchen leider nicht zur Verfügung. Die eigentliche Domäne des Luminal dürfte, soweit meine Untersuchungen wenigstens in Betracht kommen, das Gebiet der Erregungen sein; denn schon mit Dosen, die z. B. unter der wirksamen Dosis des Verwandten des Luminals, des Veronals, liegen, wurden Erfolge erzielt, wo noch bei Veronal 1,0 keine Wirkung zu sehen war. Ich halte Luminal dem Veronal nicht nur für ebenbürtig, ich ziehe es direkt vor, weil allem Anscheine nach eine geringere Dosis eine größere Wirkung hervorruft. Gegenüber dem Skopolamin ist zu erwähnen, daß zwar die Wirkung bei subkutaner Injektion sich verzögert, daß sie aber fast eben so sicher ist und doch nicht die ungünstigen Neben- und Nachwirkungen des Skopolamins zeigt. Zudem wäre bei Luminal der Spiel-

raum von der wirksamen Dosis bis zu derjenigen, die die starken Nachwirkungen zeigt, ein genügend großer.

Ich halte für sicher, daß meine Nachprüfer zu ähnlichen Resultaten gelangen.

Ziehe ich das Ergebnis aus meinen Versuchen, so kann ich konstatieren, daß sich Luminal bei Geisteskranken vorzüglich bewährt. Es bietet schon in geringen Dosen eine zuverlässige Gewähr, wirkt wenn auch nicht allzurasch, so doch prompt und sicher. In den von mir angewendeten mittleren Dosen stellen sich keine unangenehmen Neben- und Nachwirkungen ein; bei höheren Dosen ist mit einer gewissenhaften Auswahl vorzugehen, da bei der langsamen Ausscheidung die hypnotische Wirkung einen eminent protrahierten Charakter aufweist. Völlige Versager sind fast nie zu verzeichnen; an Stelle des Schlafes tritt wenigstens eine beruhigende Wirkung. Ein erheblicher Vorteil des Luminal ist ferner, daß sein Natriumsalz ohne langwierige Vorbereitungen zu subkutanen Injektionen verwendet werden kann.

Der Wirkungskreis eines Schlafmittels pflegt stets ein sehr weiter zu sein. In der Allgemeinpraxis macht sich dafür vielleicht ein größerer Bedarf geltend als in den Anstalten für Kranksinnige. Auch hier wird sich Luminal zweifellos durchsetzen, ich hege die Ansicht, daß die Allgemeinpraxis mit kleineren Dosen auskommen wird, als es mir möglich war, um bei geisteskranken Frauen — denn die Versuche wurden meist an Frauen angestellt — Schlaf zu erzielen, ein Unterfangen, das manchem Psychiater vielleicht selbst schon schlaflose Stunden gebracht.

Wird Luminal unter den nötigen Kautelen gegeben, ist es meines Erachtens ganz ungefährlich. Ich bin der Anschauung, daß die Einführung von Luminal in den Arzneischatz aufs wärmste zu begrüßen ist. Für Veronal und Skopolamin wird es in manchen Fällen ein scharfer Konkurrent sein.

Schließlich sei es mir noch gestattet, an drei Tabellen die Einwirkung von Luminal auf geistige Arbeit graphisch darzustellen. Ich gebe gerade diese drei Tabellen, weil hier an der gleichen Dosis Luminal, nämlich 0,3 g, die weitgehendsten individuellen Unterschiede sich bemerkbar machten. Die drei Personen waren unter völlig gleiche Versuchsbedingungen gestellt. Sie hatten unter Benutzung der Kraepelin'schen Rechenhefte jeweils morgens um 8 Uhr fortlaufend einstellige Zahlen zu addieren. Es wurde zwanzig Minuten gerechnet; nach 10 Minuten wurde eine Pause von 2 Minuten eingeschoben. Die Versuchspersonen rechneten vier Tage lang zur Übung; am Abend des vierten Tages (um 6 Uhr) erhielten sie je 0,3 g Luminal.

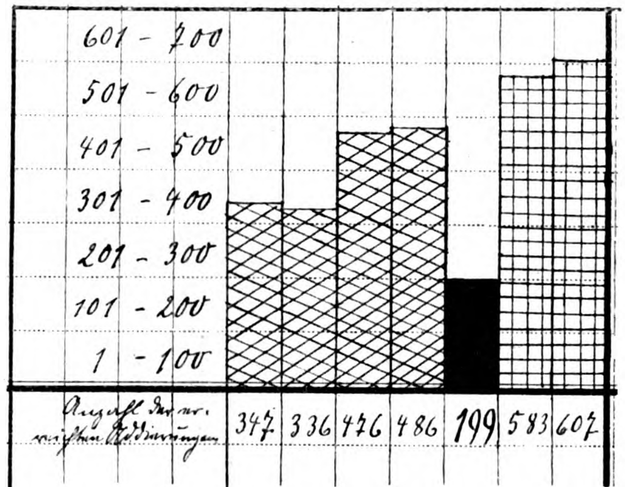


Tabelle 1.

Fall I. Fünfzigjährige Frau mit seit Jahren periodisch wiederkehrenden depressiven Erregungen. Leichter Grad von Demenz. Geringes Schlafbedürfnis. Ganz tiefer Schlaf von 9 Uhr abends bis 8 Uhr morgens. Nach dem Erwachen starke Müdigkeit,

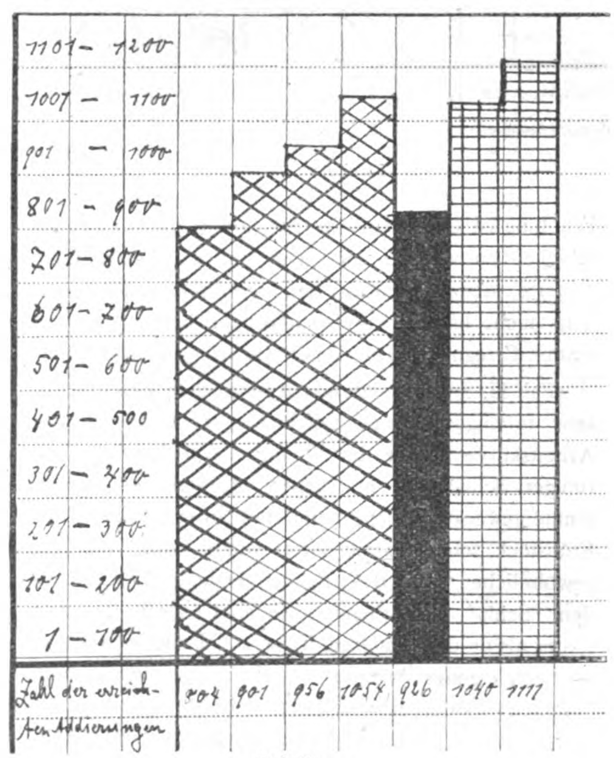


Tabelle 2.

taumelnder Gang. Kann den ganzen Tag über ihre gewohnte Handarbeit nicht verrichten; schläft immer wieder ein. In der folgenden Nacht sehr erquickender Schlaf. Die Leistung bleibt am fünften Versuchstage der körperlichen Müdigkeit entsprechend weit unter der Norm, ist sogar viel geringer als am ersten Versuchstage, wo noch keine Übung vorhanden war. Nach der zweiten Nacht unter dem Einflusse der

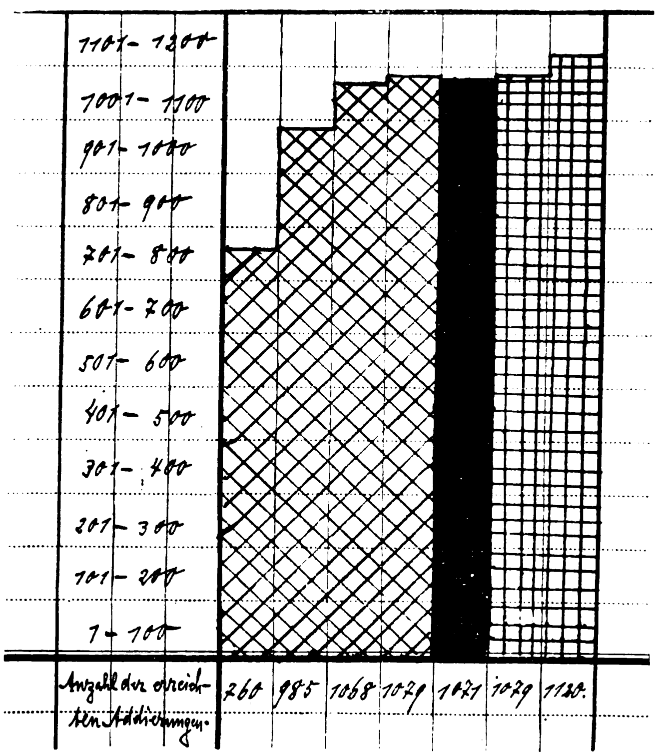


Tabelle 3.

Erholung ist eine deutliche Steigerung der Leistungsfähigkeit zu verzeichnen. Die protrahierte Wirkung dauerte demnach über den unmittelbar folgenden Tag nicht hinaus. Versuchsperson befand sich in keiner Erregung. Die Dosis war zu groß gewählt.

Fall II. Sechzehnjähriger jugendlicher Psychopath; sehr intelligent, zeigt gleichmäßiges Ansteigen der Arbeitskurve infolge der Übung. Auf Luminal unruhiger Schlaf, der erst gegen Morgen tief wurde, mußte geweckt werden, nahm mit gutem Appetit das Frühstück, schlief darauf sofort wieder ein. War zur gewöhnlichen Zeit des Rechenversuches nicht aus dem Schlaf zu bringen. Rechnet zwei Stunden später als an den anderen Tagen. Mußte sich dabei — nach eigener Angabe — sehr zusammennehmen, um nicht wieder einzuschlafen. Leistung zu dieser Zeit der des zweiten Versuchstages entsprechend. Bis Mittag allmähliches Abnehmen der Müdigkeit. Guter Appetit; verrichtet nachmittags wieder schwere körperliche Arbeit. Dosis auch hier etwas zu hoch.

Fall III. Typische Dementia praecox bei gebildetem, intelligentem, dreißigjährigem Manne; typisches Ansteigen der Übungskurve; ausgiebiger Schlaf nach Luminal, während sonst über große Schlaflosigkeit geklagt wurde. Erwacht am Morgen sehr frisch, zeigt nur unbedeutende Schwankung der Leistung. Keinerlei Nachwirkung. Dosierung hier richtig.

Schlußfolge: Bei richtiger Dosierung keine Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, bei zu großen Dosen Hemmung, die jedoch bei meinen Versuchen nicht über den unmittelbar folgenden Tag hinausgeht. Keine Dauerhemmung.

Nachtrag.

Während der Abfassung der Arbeit ereignete sich auf meiner Abteilung ein Fall, der unbedingt erwähnt werden muß.

Bei einer 23jährigen Hysterika, die seit ihrer Aufnahme in die hiesige Anstalt, Juli 1910, ohne Anfälle war, setzten plötzlich Anfälle ein, die sich in raschester Reihenfolge in Serien von 25—30 Anfällen entwickelten und zum Status hystericus führten. Da die Anfälle bis zum heutigen Tage noch bestehen, bot sich mir hier eine günstige Gelegenheit, die Wirkung der verschiedenen Hypnotica zu verfolgen. Aus der beigegebenen Tabelle ist ersichtlich, daß Luminal neben der Chloroformtropfnarkose die beste und nachhaltigste Wirkung hervorbrachte. Es zeigte sich hier auch, daß trotz einer ohnehin geschwächten Herztätigkeit eine einmalige Gabe von 0,8 g und eine Tagesgabe von 1,5 g keine schädliche Allgemeinwirkung erzeugte. Verhältnismäßig schnell gegenüber den anderen Schlafmitteln trat Schlaf ein. Die Herzaktion wurde nicht gestört. Nach dem Erwachen sistierten die Anfälle ganz oder traten nur in geringen Mengen und in leichterer Art und Weise auf. In einem Zeitraum von 14 Tagen wurde 6,3 g Luminal gegeben, ohne daß eine kumulierende Wirkung zum Vorschein kam. Die hypnotische und kalmierende Wirkung dagegen trat in hervorragendem Maße hervor.

Datum 1912	Anfälle bei Tag	Anfälle bei Nacht	Schlafmittel bei Tag	Schlafmittel bei Nacht	Bemerkungen
5. IV.	174	3	Amylenhydrat 6,0 g, mehrstündige Chloroformtropfnarkose	Chloroformtropfnarkose	Anfälle sehr schwer; Pat. schreit und stöhnt, sobald die Narkosenwirkung verschwindet
6. IV.	18	6	Morgens: Chloroformtropfnarkose; Mittags: Luminal 0,5 g	—	Sechsstündiger Schlaf; hernach ruhig
7. IV.	22	11	—	Paraldehyd 5,0 g	Nachts sehr störend
8. IV.	—	—	6h a. m. Luminal 0,5 g	—	Ruhig und reichlicher Schlaf
9. IV.	—	21	Luminal 0,6 g	Nachmittags u. Abends: Skopolamin hydrobrom. 0,001	Gegen Nachmittag sehr laut; geht aus dem Bett; schlägt um sich; Nachts 3 Stunden unruhig
10. IV.	19	3	zweimal Luminal 0,5 g	Luminal 0,5 g	Ruhig; Anfälle bedeutend schwächer
11. IV.	3	2	Paraldehyd 5,0 g	Luminal 0,5 g	Morgens sehr laut; auf Paraldehyd kein Schlaf
12. IV.	—	—	—	Skopolamin hydrobrom. 0,001	Ruhig; schläft die Nacht durch
13. IV.	4	10	—	Paraldehyd 5,0 g	Ruhig
14. IV.	45	12	Luminal 0,5 g	Luminal 0,6 g	Aufgeräumte Stimmung; Nachts achtstündiger Schlaf
15. IV.	22	—	—	Luminal 0,8 g	Tags viel unruhig; schläft die ganze Nacht ohne Anfälle
16. IV.	13	13	Paraldehyd 5,0 g	Luminal 0,5 g (5 Tage alte Lösung)	Anfälle wieder schwerer; reichlicher Schlaf
17. IV.	23	23	Skopolamin hydrobrom. 0,001	Skopolamin hydrobrom. 0,001; Paraldehyd 5,0 nach Mitternacht	Wie Tags vorher
18. IV.	36	15	Skopolamin hydrobrom. 0,001	Paraldehyd 5,0 g	Tagsüber ruhig; Nachts zeitweise unruhig
19. IV.	49	—	—	Luminal 0,8 g (Abends 7 h)	Schläft von 7 1/2 h—1/2 7 h; Nachts kein Anfall; von 7 h a. m. ab bis 11 h a. m. 11 Anfälle
20. IV.	11	—	—	—	—

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 107.

Zur Vornahme einer Operation an einem Minderjährigen ist grundsätzlich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters notwendig. Ob bei Fällen, die sofortiges Eingreifen notwendig machen, auch ohne Zustimmung, ja gegen den Willen des gesetzlichen

Vertreters operiert werden darf, läßt das RG. dahingestellt. (RG. III. 30. Juni 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3411.

§ 107.

Mit Recht hat das BG. die Vornahme der Operation mangels der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters der Klägerin für eine rechtswidrige Körperverletzung erachtet. Gegenüber abweichenden, u. a. auch in dem Kommentar zum BGB. von Reichsgerichtsräten, Anm. 2 zu § 106 BGB. vertretenen Meinungen hält der erkennende Senat an der bereits in dem Urteil vom 21. Juni 1907 III. 465/06 — J. W. 1907 pag. 505 Nr. 2 und Gruchots Beitr. 51, 923 — ausgesprochenen Auffassung fest, daß die Berechtigung eines Arztes zur Vornahme einer Operation an einem Minderjährigen grundsätzlich durch die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedingt ist. Daß die persönliche Zustimmung des Minderjährigen, auch wenn er eine gewisse Verstandesreife erlangt hat, nicht genügt, die Rechtswidrigkeit des Eingriffs zu beseitigen, kann einem Zweifel nicht unterliegen, wenn diese Einwilligung als ein Rechtsgeschäft aufzufassen, § 107 BGB. also unmittelbar anzuwenden ist — so die Motive zu § 706 Entwurf I BGB., Bd. II, pag. 730; Zitelmann, Ausschluß der Widerrechtlichkeit im Arch. Ziv.-Prax. 99, 51ff.; Oertmann, Anm. 7d zu § 823 BGB. und andere. — Aber auch, wenn man in einer solchen Einwilligung nicht eine rechtliche Willenserklärung, sondern nur eine rein tatsächliche Erklärung erblickt — so Keßler, Die Einwilligung des Verletzten in ihrer strafrechtlichen Bedeutung pag. 19ff. und pag. 102ff; Linkelmann, Schadensersatzpflicht aus unerlaubten Handlungen pag. 80ff.; vergl. auch die Prot. 2. Lesung zu § 706 Entwurf I zum BGB. Guttentagsche Ausgabe Bd. II, pag. 578 —, so wird man bei der schwerwiegenden Bedeutung einer solchen Einwilligung und mit Rücksicht auf das mit der elterlichen Gewalt wie mit dem Amte des Vormundes verbundene Recht der Sorge für die Person des Kindes oder Mündels gleichfalls zu dem Ergebnis kommen müssen, daß die Operation ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters der objektiven Rechtmäßigkeit entbehrt, mag auch der Minderjährige selbst ihr zugestimmt haben. In dem Urteil des RG. vom 27. Mai 1908 VI. 484/07, RG. 08, 431, auf welches sich die Revision bezieht, ist keineswegs eine gegenteilige Meinung ausgesprochen. Ob bei besonders gearteter Sachlage, insbesondere in Fällen, in denen eine schleunige Vornahme der Operation zur Vermeidung unwiederbringlicher Nachteile für die Gesundheit des Minderjährigen geboten ist und die Verweigerung der Einwilligung dazu seitens des gesetzlichen Vertreters sich als ein Mißbrauch der elterlichen Gewalt oder der vormundschaftlichen Befugnisse darstellen würde, die Vornahme der Operation trotz fehlender Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, ja sogar gegen dessen ausdrückliches Verbot objektiv gerechtfertigt sein kann, bedarf der Entscheidung im vorliegenden Falle nicht. Denn der Beklagte hat die Operation an der Klägerin vorgenommen, ohne daß eine dringliche Veranlassung dazu vorlag, und obwohl er sich in kürzester Frist Gewißheit darüber verschaffen konnte, ob der Vater der Klägerin damit einverstanden war. Auch die Annahme des BG., daß der Beklagte ohne Verschulden die Einwilligung des Vaters der Klägerin nicht als gegeben ansehen durfte, ja daß er sich um diese Einwilligung überhaupt nicht gekümmert und somit vorsätzlich gehandelt habe, unterliegt keinem rechtlichen Bedenken. Der vorliegende Fall unterscheidet sich, wie das BG. mit Recht ausführt, wesentlich von dem in dem Urteil vom 21. Juni 1907 behandelten; daß das BG. hierbei auch den *Zweck der* vorgenommenen Operation mit berücksichtigt hat, ist durchaus gerechtfertigt. (E. c. T., U. v. 30. Juni 1911, 472/10. III Berlin.) J. W. pag. 748.

§§ 114, 826.

Ein wegen Verschwendung Entmündigter, welcher, ohne der Genehmigung seines Vormundes gewiß zu sein, eine größere Bestellung (z. B. der Ausbesserung eines Automobils) macht und dabei die Tatsache seiner Entmündigung verschweigt, haftet nach § 826 BGB. für den dem anderen Teile durch die Ausführung der Bestellung entstandenen Schaden, wenn der Vormund zu der Bestellung seine Genehmigung verweigert und der Entmündigte sich bei der Bestellung auch nur bewußt gewesen ist, daß möglicherweise der Vormund die Genehmigung verweigern und dann der andere Teil auf Grund der Bestellung Bezahlung seiner Arbeiten nicht erlangen werde (RG. Bd. 58, pag. 214, 219, Bd. 63, pag. 146). Ist der Entmündigte von vornherein auf eine Täuschung des anderen Teils ausgegangen (§ 263 StGB.), so ist die Schadensersatzpflicht auch aus § 823 Abs. 2 BGB. gegeben. (KG., 24. Z.-S., 6. Mai 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2043.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen

— **Brandenburg.** Der Provinziallandtag hat in seiner 39. Tagung 1912 mit Einschluß der im Vorjahre bewilligten Beträge die Mittel für die Errichtung einer (VI.) Landesirrenanstalt zu Brandenburg a. H. für 1600 Betten, ohne die Kosten der Pensionäranstalt, in Höhe von 8 Millionen Mark bewilligt. Die Eröffnung der Anstalt soll im Herbst 1913 erfolgen, die endgültige Fertigstellung im Jahre 1914.

Zur besseren Unterbringung der Pensionäre der Landesirrenanstalt zu Eberswalde ist an dieser Anstalt eine besondere Pensionäranstalt für 150 Kranke errichtet worden; die bisherigen Pensionärabteilungen werden mit 230 Kranken der Normalklassen belegt. Die Neu- und Umbauten werden im Laufe des Sommers 1912 beendet.

Aus dem Besitz der früheren Königlichen Domäne sind rund 800 Morgen für die Landesirrenanstalt zu Sorau angekauft worden; damit war die Möglichkeit gegeben, die Anstalt um 560 Plätze zu erweitern und außerdem in einiger Entfernung vom bebauten Anstaltsgebiet eine besondere Pflegeanstalt zu 400 Betten zu errichten. Die Erweiterung der Hauptanstalt wird ebenfalls im Sommer 1912 fertig.

Auch bei der Idiotenanstalt zu Lübben ist die Errichtung eines Krankenhauses für 140 männliche erwachsene Idioten auf dem Frauenberge und eine entsprechende Ausgestaltung der Betriebs- und Wirtschaftsgebäude der Hauptanstalt beschlossen worden.

Über die Verpflegung in den Brandenburgischen Provinzialanstalten und die Beschaffung der Wirtschaftsbedürfnisse ist dem Provinziallandtage 1912 eine besondere, sehr instruktive Denkschrift überreicht worden.

Referate.

— Fürstlich Lippesche Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo. Der Bericht über das Jahr 1910 bringt eine ausführliche Darstellung über die Krankenbewegung, die Behandlung, die Verwaltungs-Ergebnisse etc. in obiger Anstalt.

Tuberkulose und Alkohol spielen offenbar auch bei den lippischen Kranken eine große Rolle.

Interessant ist u. a., daß drei Personen im Anschluß an unschuldig erlittene Verurteilung erkrankten.

Kürbitz-Sonnenstein.

Therapeutisches.

— In einem Artikel: „Erfahrungen über die Anwendungen des **Tuberkulin Rosenbach bei chirurgischen Tuberkulosen**" (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 12 und 13) führt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. J. Rosenbach (Göttingen) zunächst aus, daß man die Tuberkulinbehandlung der Tuberkulose nicht als eine chemotherapeutische Behandlung, sondern als eine aktive Immunisierung zu betrachten hat, wenn auch der Organismus bereits tuberkulös erkrankt ist. Obgleich im allgemeinen durch die Immunisierung nicht alle Tuberkelbazillen zugrunde gehen und der Immunschutz nur eine beschränkte Zeit dauert, so stellt sich doch die Prognose für die Dauerheilung durch die energisch wirkende örtliche Tuberkulinbehandlung erheblich besser. Geheimrat Rosenbach teilt Heilungen bei Gelenken und Schleimbeuteln mit, welche man mit Sicherheit, und solche bei Wirbelsäule, Bauchfell und Fisteln, welche man sehr wahrscheinlich nach der jetzt ein- bis dreijährigen Beobachtung als wirkliche Dauerheilungen betrachten dürfe. Nur bei Lupus kamen oft Rezidive vor, die jedoch kleiner sind als die ursprüngliche Erkrankung. Rosenbach macht neuerdings hier, wie nach Drüsenexstirpationen und anderen Tuberkuloseoperationen, ohne Rezidive abzuwarten, lokale Probeinjektionen, um eventuell von neuem mit Injektionen vorzugehen. Bei länger dauernden, schweren Tuberkulosen hat der Organismus meistens von der Fähigkeit, auf Tuberkulin Rosenbach günstig zu reagieren, eingebüßt. Anders bei frischen Tuberkulosen; hier sagt Geheimrat Rosenbach: „Hier habe ich überraschende, bisher nicht gekannte Resultate durch Tuberkulin Rosenbach gesehen." Es schafft eine intensive Reaktion der Gewebe gegen die tuberkulösen Produkte, Exsudation, Resorption, Abstoßung etc., Vernarbung, eventuell nach operativem Eingriff, namentlich wo es nicht möglich ist, im Gesunden zu operieren. Es kommt in Betracht: lokale Injektion bei geschlossenen wie bei offenen Herden; subkutane Injektion, wo der Herd durch lokale Injektion nicht zu erreichen ist, aber auch bei offenen Herden, z. B. fistulöser Wirbeltuberkulose. Zur Diagnose wurde Tuberkulin Rosenbach subkutan, nicht zu weit von der Oberfläche entfernt, meist an den Oberarmen injiziert. Zunächst wird, um Zufällen vorzubeugen und zur Probe auf abnorme Tuberkulinempfindlichkeit 0,01 bis 0,1 ccm, je nach Alter und Kräftezustand, injiziert; dann wird mit 0,2 begonnen und wenn in 24 bis 48 Stunden keine Reaktion eingetreten ist, 0,3 ccm injiziert. Tritt keine Reaktion ein, wird nochmals 0,5 ccm injiziert. Tritt auch dann keine Reaktion ein (typisches rotes Infiltrat am Impfstich und eventuell Temperaturerhöhung), „so ist man berechtigt anzunehmen, daß keine oder keine mit der Zirkulation wesentlich im Zusammenhang stehende Tuberkulose vorhanden ist. Bei diagnostischen Injektionen in den Herd muß vorsichtig mit 0,05 bis 0,1 ccm angefangen werden. Von Tuberkulose der großen Gelenke (in der Regel lokale Injektion in die Gelenke selbst) wurden 16 Fälle behandelt; davon wurden neun allein durch diese Behandlung mit Tuberkulin Rosenbach geheilt, bei sieben trat eitrige Entzündung ein und sie wurden durch Resektion behandelt. Eiterbildung nach Tuberkulin Rosenbach ist, wie Geheimrat Rosenbach bemerkt, nicht als ein Mißerfolg anzusehen, sondern „vielmehr als ein Erfolg, weil dadurch sofort die Indikation zur Operation gegeben und oft lange dauernde, erfolglose konservative Behandlung vermieden wird." Wo bei kleinen Dosen keine wesentliche Reaktion eintrat, wurde die Injektion schon

am nächsten Tage wiederholt, bei erheblichen Reaktionen erst nach drei bis sieben Tagen oder erst nach acht bis zehn Tagen. Es werden eine Reihe von Krankengeschichten mitgeteilt, die Fälle von Tuberkulin-Rosenbach-Behandlung betreffen: außer der schon erwähnten Gelenktuberkulose betreffen sie Wirbeltuberkulose, Sehnenscheidentuberkulose, tuberkulöse Drüsen, Rezidive nach Operationen, fistulöse Subkutanabszesse, Lupus, Bauchfelltuberkulose, Darmtuberkulose.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Brandenburg.** Unter dem ärztlichen Personal sind folgende Veränderungen eingetreten:

Der Oberarzt Dr. Skierlo an der Anstalt für Epileptische in Potsdam ist am 5. März 1912 gestorben.

Die Oberärzte Dr. Schulze an der Landesirrenanstalt Sorau und Dr. Tille an der Landarmen- und Siechenanstalt Wittstock sind zu 1. Oberärzten vom 1. April 1912 ab, die Ärzte Dr. Jeß an der Landesirrenanstalt Eberswalde, Dr. Plaskuda an der Idiotenanstalt Lübben und Dr. Riemann an der Landesirrenanstalt Eberswalde zu Oberärzten vom 1. Juli 1912 ab befördert.

Ausgeschieden sind die Ärzte Dr. Kunz, Landesirrenanstalt Eberswalde, am 15. November 1911 und Dr. Hennig, Landesirrenanstalt Teupitz am 1. Februar 1912.

Versetzt werden die Ärzte Dr. Allendorf zum 1. Mai 1912 von Teupitz nach Potsdam, und Dr. Ehlers zum 1. Juli 1912 von Potsdam nach Sorau.

Zu Assistenzärzten wurden berufen die praktischen Ärzte Dr. Mohr, Landesirrenanstalt Eberswalde, vom 1. Oktober 1911 ab, Dr. Schott, Landesirrenanstalt Sorau, vom 15. Dezember 1911 ab, Dr. Seyffert, Landesirrenanstalt Neuruppin, vom 1. Januar 1912 ab, Dr. Hoefft, Landesirrenanstalt Teupitz, vom 1. Februar 1912 ab, Dr. von Seidlitz, Landesirrenanstalt Teupitz, vom 1. Mai 1912 ab.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien, betr. Dr. Wilhelm Stekel, „Störungen des Trieb- und Affektlebens“ bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser hierdurch bestens empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 6 11. Mai **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8 gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

(Aus der Nervenabteilung des Jüdischen Spitals zu Odessa. — Dr. J. M. Raimist.)

Ein Fall von Polyneuritis mit motorischen Reizsymptomen.

Von Dr. *M. Neiding.*

Stark ausgeprägte motorische Reizerscheinungen werden in der Symptomatologie der Polyneuritis so selten angeführt, daß sie die Veröffentlichung folgenden Falles, wie mir scheint, vollauf rechtfertigen.

K. B., Jude, 45 Jahre alt, aus dem Podoler Gouvernement, trat am 22. November 1911 in die Nervenabteilung des Jüdischen Spitals zu Odessa mit Klagen über Schwäche und Schmerzen in den Armen und Beinen ein. Bis jetzt niemals krank gewesen; verheiratet, hat neun gesunde Kinder. Alkoholgebrauch mäßig; raucht 20 bis 25 Zigaretten täglich.

Am Anfang September des verflossenen Jahres erkrankte B. an Dysenterie. Stuhlgang, oft mit Blutbeimischung, 10 bis 15 mal pro Tag. Diarrhöe hielt zwei Wochen lang an. Die Dysenterie hörte auf, und als eine Woche später der Kranke im Zimmer herumzugehen begonnen hat, bemerkte er, daß die Beine anschwollen; er empfand Schwäche in denselben, sowie zum Teil in den Armen. Diese Schwäche nahm fortwährend zu, so daß nach zehn Tagen der Kranke gezwungen war, das Spital aufzusuchen; dort ging die Schwellung der Beine nach zwei Wochen zurück, das Schwächegefühl in den Armen und Beinen nahm zu und in den Zehen und Fingern erschien ein Gefühl von Ameisenkriechen.

Ende Oktober ziehende Schmerzen in den Armen; dann bemerkte der Kranke, daß seine Finger unwillkürliche Streck- und Beugebewegungen ausführen.

Beckenorgane zeigten während der ganzen Krankheitsdauer keine Abweichungen von der Norm.

St. praesens. Hirnnerven ohne Veränderungen. Der von Herrn Dr. L. M. Rosenfeld gütigst untersuchte Augenhintergrund wurde normal gefunden. Psyche ebenfalls normal.

Die aktiven Bewegungen in allen Gelenken beider Arme werden mit abgeschwächter Kraft ausgeführt, wobei die Kraft der peripheren Gelenkmuskeln am meisten erniedrigt ist. Die Ab- und die Adduktion der Finger wird mit sehr geringer Kraft ausgeführt. Die Flexion der Finger in allen Gelenken wird mit größerer Kraft als die Extension ausgeführt. Die Adduktion des großen Fingers mit größerer Kraft als die Abduktion. Das Opponieren und die Flexion des großen Fingers sind nur in solchem Maße möglich, daß der Kranke imstande ist, mit dem großen Finger die Kuppen des zweiten und des dritten Fingers zu berühren, die des 4. und des 5. kann er nicht erreichen. Die Muskeln des Schulter- und Ellenbogengelenks schlaff, atrophisch. Thenar und Hypothenar abgeflacht, Interossealräume eingesunken, beiderseits Anfangsstadien der „main en griffe". Reflexe von den Mm. biceps, triceps, radialis und ulnaris fehlen beiderseits.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln des Ober- und Unterarmes für den faradischen und für den galvanischen Strom herabgesetzt. Die Muskeln des Thenar und Hypothenar, sowie die Interossei kontrahieren sich ein wenig schlaff, die elektrische Erregbarkeit deutlich herabgesetzt (z. B. M. adductor pol. brevis Ka SZ 6,2 M A); Kontraktionsformel ohne Veränderung. Die mechanische Erregbarkeit der Oberarm- und Unterarmmuskeln etwas gesteigert.

Nervenstämme auf Druck sehr schmerzhaft. Die

taktile Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit ohne Veränderungen. An den Fingerenden Parästhesien. Ataxie nicht vorhanden. — Die Finger der ruhig liegenden Hände des Patienten führen fortwährend unwillkürliche Bewegungen aus. Diese Bewegungen bestehen in der abwechselnden Ad- und Abduktion aller Finger, wobei die Amplitude derselben am Daumen, Zeige- und kleinen Finger breiter, an den Mittelfingern enger ist. Diese Ad- und Abduktionen werden alle drei bis vier Sekunden von der entweder in allen Fingern gleichzeitig oder nur in einem resp. in zwei oder drei derselben auftretenden Flexion unterbrochen. Die Flexion im Daumen wird in beiden Gelenken mit gleicher Kraft ausgeführt, im Zeigefinger in allen drei Gelenken, am stärksten gewöhnlich im zweiten Gelenk. Bei gleichzeitiger Beugung aller Gelenke des dritten und vierten Fingers zeigt das erste Gelenk das Maximum der Beugung. (Zu meinem größten Bedauern ist es mir nicht gelungen, diese Bewegungen zu photographieren.) Die Fingerbeugung vollzieht sich langsam, träge; der Finger braucht drei bis vier Sekunden, um das Maximum der Beugung zu erreichen und dann wieder in seine gewöhnliche Lage zurückzukehren. Die Ad- und Abduktion der Finger wird vom Kranken nicht empfunden, ihre Flexion aber ist von ziehenden Schmerzen im ganzen Arm begleitet. Der Kranke ist zum Teil nur imstande die Fingerbeugung, indem er sie zu strecken versucht, zu unterdrücken. Solche Versuche rufen heftige Schmerzen auf der Streckseite des Unterarms hervor.

Die eben beschriebenen Bewegungen werden von den Fingern beider Hände in derselben Form und im gleichen Rhythmus ausgeführt. Sie werden durch willkürliche Bewegungen in anderen Körperteilen, Gähnen, Nießen verstärkt.

Drückt man einige Sekunden die Nervenstämme im Sulcus bicipitalis und den unteren Punkt des N. mediani im Unterarm, so vollzieht sich während dieser Zeit die Flexion schneller und sie erreicht eine größere Amplitude. Das Eintauchen der Hand in kaltes Wasser bleibt auf diese Bewegungen ohne Einfluß.

In den unteren Extremitäten ist zu konstatieren: eine schlaffe Paraparese mit Hypotonie der Muskeln, Areflexie und Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit derselben. Nervenstämme auf Druck schmerzhaft. In den Muskeln der Beine, speziell der Zehen keine unwillkürlichen Bewegungen. Gang paretisch.

Seitens der Beckenorgane keine Abweichungen. Innere Organe ohne Veränderungen. Wassermannsche Reaktion im Blute negativ.

Diagnose: Neuritis multiplex.

Therapie: Bettruhe, Milchdiät, Lichtbäder, Massage, Vierzellenbad, kleine Dosen Jod.

Der von uns bis zum 25. Dezember 1911 beobachtete Krankheitsverlauf nahm einen durchaus günstigen Charakter an. Schon am 30. November wurde eine Zunahme der Kraft der Handmuskeln konstatiert; die unwillkürlichen Bewegungen der Beugung und Streckung der Finger wurden vom 12. Dezember ab schwächer. 16. Dezember: es wird nur eine unwillkürliche Ad- und Abduktion konstatiert. Die Muskelkraft der Arme und Beine hat bedeutend zugenommen; der Gang sicherer. Am 25. Dezember wird B. mit erheblicher Besserung entlassen: die Parästhesien schwanden, Muskelkraft genügend stark, die unwillkürlichen Bewegungen (Ad- und Abduktion der Finger) schwach ausgesprochen; nur die Reflexe fehlen noch.

Die Differentialdiagnostik des eben beschriebenen Falles stellt keine Schwierigkeiten dar: der akute Anfang der Erkrankung nach überstandener Infektionskrankheit, das Ödem der Beine, die Parese aller Extremitäten, die Atrophie der kleinen Handmuskeln, die herabgesetzte elektrische Erregbarkeit der Muskeln, das Fehlen der Reflexe, die Parästhesien, Schmerzhaftigkeit der Nerven — all dies weist auf das Vorhandensein der multiplen Nervenentzündung hin.

Das Interesse dieses Falles liegt erstens in der Ätiologie, zweitens in der Komplikation des klinischen Bildes durch ein ungewöhnliches Symptom — durch unwillkürliche krampfhafte Bewegungen der Finger.

In der Literatur ist eine Reihe von Fällen beschrieben worden, wo die Polyneuritis nach Infektion, die primär im gastrointestinalen Traktus ihren Sitz hatte, wie bei Unterleibstyphus, akuter Gastroenteritis [Remak[1]), Edinger[2]), Cassirer[3])] aufgetreten war, und kein einziger Fall von Polyneuritis nach Dysenterie, soviel es mir wenigstens bekannt ist. In dieser Hinsicht ist unser Fall der erste. Nebst der Seltenheit der Polyneuritiden nach Dysenterie beim Menschen ist wohl nicht uninteressant zu erwähnen, daß die schwersten experimentellen Neuritiden beim Tier durch Einführung gerade des Dysenterietoxins, wie Kikuchi[4]) gezeigt hat, hervorgerufen wurden.

Als zweite Eigentümlichkeit unseres Falles sind, wie gesagt, Symptome der motorischen Reizerscheinungen anzusehen. Sie bestehen, wie schon oben gezeigt, in ununterbrochenen unwillkürlichen Bewegungen der Ad- und Abduktion, Beugung und Streckung der Finger. Diese Bewegungen sind langsam, schlaff, können vom Kranken nicht unterdrückt werden und sind von

ziehenden Schmerzen begleitet. In der Klinik der Polyneuritis sind motorische Reizerscheinungen von solcher Intensität ganz ungewöhnlich. So erwähnen sie in der Beschreibung der Symptomatologie der Polyneuritiden weder Oppenheim[5]), noch Déjerine[6]), Darkschewitsch[7]), Gowers[8]) und Goldscheider.*)

Unwillkürliche Bewegungen bei Polyneuritis wurden zuerst von Löwenfeld[9]) beschrieben, der sie zufällig bei Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit der Armmuskeln in einem Falle der Polyneuritis, die bei einem 44jährigen Manne nach Erkältung aufgetreten war, entdeckt hat. Löwenfeld beschreibt sie wie folgt: „Ließ man die Hand des Patienten auf einer Unterlage aufruhen oder bei unterstütztem Vorderarm frei herabhängen, so waren, auch wenn derselbe sich bemühte, die Hand möglichst ruhig zu halten, an den Fingern zweierlei Bewegungen zu beobachten. Entweder werden einzelne Finger mit einem langsamen Ruck aus ihrer bisherigen Stellung verschoben (gebeugt, gestreckt, abduziert), wobei jedoch die Lokomotion der Finger nie eine sehr erhebliche war, oder aber man sah einzelne, meist jedoch mehrere Finger gleichzeitig und in gleicher Richtung in eine langsam fortschreitende Bewegung eintreten, wobei es schließlich zu einer weit erheblicheren Ortsveränderung kam als im ersteren Falle."

In einem Falle von polyneuritischer Psychose beobachtete Korsakow[10]) kontinuierliche Krämpfe in beiden kleinen Fingern, in einem anderen nicht konstante, aber oft sich wiederholende Bewegungen in den Muskeln der großen Gelenke beider Unterextremitäten.

Auch Thomsen[11]) konstatierte „automatische Bewegungen" der Hände in einem Falle der Korsakowschen Psychose.

Strümpell[12]) sah in einem Fall von Polyneuritis oft sich wiederholende, unbedeutende Zuckungen der Finger.

Bei einem an Polyneuritis Leidenden beobachtete Pal[13]) vier Tage vor dem Tode unwillkürliche schmerzhafte Bewegungen der Finger und der Hände. Rossolimo[14]) sah in zwei Fällen von Neurotabes peripherica choreaartige Krämpfe in den Extremitätenmuskeln auftreten.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich keine Fälle mehr von der uns interessierenden Art gefunden. Wir sehen also, daß nach der Intensität und Dauer der Symptome der motorischen Reizerscheinungen unser Fall als zweiter nach Löwenfelds Fall an die Reihe gestellt werden kann.

*) Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems, 1911.

Das Wesen und das pathologisch-anatomische Substrat der unwillkürlichen Bewegungen bei Polyneuritis bleibt noch bis jetzt völlig unaufgeklärt.

Löwenfeld beschrieb sie als Athetose der Finger. Die Ähnlichkeit mit der Athetose besteht darin, daß sie wie bei der letzteren hauptsächlich in den Fingern auftreten und vom Kranken nicht unterdrückt werden können. Von der Athetose unterscheiden sich die unwillkürlichen Bewegungen bei Polyneuritis aber dadurch, daß sie bei Ausführung von willkürlichen Bewegungen sich nicht verstärken und nicht wie die Athetose eigenartige, komplizierte Kombinationen hervorrufen, wie Beugung in einem und Streckung in den andern Fingern.

Rossolimo ist geneigt, diese Bewegungen mit den bei Tabes auftretenden Erscheinungen zu identifizieren und schlägt für sie die Benennung „Amyotaxie" hervor. Wenn auch eine äußere Ähnlichkeit dieser unwillkürlichen Bewegungen mit denen bei Tabes auftretenden auch existiert (eine ausgezeichnete Abbildung derselben bei Tabes s. bei P. Stewart: Die Diagnose der Nervenkrankheiten, 1910, S. 90), so besteht doch der Unterschied darin, daß bei Tabes sie nicht konstant sind, und um ad maximum gesteigert zu werden, künstliche Vorbedingungen erfüllt sein müssen, wie Hochhebung des Armes, Zuschließen der Augen usw.; dann werden sie hauptsächlich in Fällen von starker Herabsetzung des Muskel- resp. des Gelenksinnes beobachtet. — Nach Cassirer werden unwillkürliche Bewegungen bei ataktischen Fällen der Polyneuritis angetroffen, unser Fall beweist aber ihr Vorkommen bei amyotrophischer Form der Affektion.

Die unwillkürlichen Bewegungen bei Polyneuritis stellen, wie mir scheint, ein Phänomen sui generis dar und sind als Erscheinungen der starken motorischen Reizung zu betrachten, deren schwächere Stadien, wie Tremor, fibrilläre und faszikuläre Zuckungen verhältnismäßig nicht selten bei Polyneuritis angetroffen werden.

Unser Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil er das klinische Bild einer reinen Polyneuritis darstellt.

Weder in der Anamnese noch im Status praesens des Kranken sind Hinweisungen auf die Erkrankung des Zentralnervensystems vorhanden. Dieser Umstand erlaubt uns, unsern Fall, insofern überhaupt nur eine klinische Beobachtung zur Klärung von Fragen, die zu ihrer Lösung noch weitere pathologisch-anatomische Untersuchungen benötigen, herangezogen werden kann, zur Bestätigung der Meinung anzuführen, daß die Ursache der unwillkürlichen Be-

wegungen bei Polyneuritis in den Veränderungen des peripheren und nicht des zentralen Nervensystems liegt.

Pal, der Gelegenheit hatte, das Nervensystem des oben zitierten Kranken post mortem zu untersuchen, fand geringe Blutansammlungen in den Vorderhörnern im Niveau der fünften bis sechsten Halswurzeln. Er vermochte aber nicht zu entscheiden, ob die in seinem Falle beobachteten unwillkürlichen Bewegungen durch diese Veränderungen zu erklären seien. Strümpell, der den oben von mir zitierten Fall von Polyneuritis einer pathologisch-anatomischen Untersuchung unterwarf, weist auf den tiefgreifenden, destruktiven Prozeß in den peripherischen Nerven, die unbedeutende Veränderung in den Vorderwurzeln hin und hebt das Fehlen von starken Veränderungen an den Ganglienzellen der Vorderhörner besonders hervor. Auch Thomsen fand in seinem Falle keine besonderen Veränderungen im Rückenmark vor.

Also sprechen, wenn auch bis jetzt nicht zahlreiche, pathologisch-anatomische Untersuchungen eher dafür, daß die Ursache der unwillkürlichen Bewegungen bei Polyneuritis vermutlich in den Veränderungen der peripheren Nerven liegt. Diese Vermutung kann in folgende zwei Fragen zergliedert werden: Sind die unwillkürlichen Bewegungen Folge der unmittelbaren Reizung der motorischen Fasern der peripheren Nerven, oder entstehen sie auf dem Reflexwege von den erkrankten sensiblen auf die motorischen? Das Studium der Literatur dieser Frage sowie eigene Beobachtungen reichen bei weitem nicht aus, wie es uns scheint, um diese Frage zu lösen, auch ist es nicht vollkommen aufgeklärt, warum die unwillkürlichen Bewegungen so selten bei Polyneuritis vorkommen, resp. welche besonderen Bedingungen zu ihrer Entstehung notwendig sind.

Zum Schluß spreche ich auch an dieser Stelle dem hochgeehrten Herrn Dr. J. M. Raimist für die Überlassung des oben beschriebenen Falles meinen innigsten Dank aus.

Literatur.

1. Remak, Neuritis und Polyneuritis, 1904. — 2. Edinger, Erkrankungen im Bereiche der peripheren Nerven, 1905. — 3. Cassirer, Neuritis und Polyneuritis. Die deutsche Klinik, 1906. — 4. Kikuchi zit. nach Osler, Lehrbuch der internen Medizin, 1909. — 5. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1908. — 6. Déjerine, Sémiologie du système nerveux. — 7. Darkschewitsch, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1907. (Russ.) — 8. Gowers, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1895 (russ. übersetzt). — 9. Löwenfeld, Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetosis. Neurolog. Zentralblatt, 1885, Nr. 7. — 10. Korsakow, Über eine besondere Form psychischer Störung kombiniert mit multipler Neuritis. Arch. für Psychiatrie, Bd. XXI. — 11. Thomsen, Zur Klinik und Pathologischen Anatomie der multiplen Alkoholneuritis. Arch. für Psychiatrie, Bd. XXI. — 12. Strümpell, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der multiplen Neuritis. Arch. für klinische Medizin, Bd. 64. — 13. Pal, Über multiple Neuritis, 1891. — 14. Rossolimo, Contribution à la pathologie de l'amyotaxie. Revue Neurologique, 1893.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 227.

Die Revision hat auszuführen versucht, daß Beklagter keinesfalls den dem Kläger entstandenen Schaden unter allen Umständen und für alle Zeit zu tragen habe, weil die von ihm dem Kläger zugefügte Körperverletzung nach der Feststellung der Vorinstanz nur die auslösende Ursache für die Geisteskrankheit des Klägers gewesen sei, bei einer auslösenden Ursache aber angenommen werde, daß die Krankheit früher oder später von selbst zum Ausbruch gekommen wäre. Der letzteren Annahme ist nicht zuzustimmen. Zwar wird man bei einer Geisteskrankheit von einer auslösenden Ursache nur dann sprechen können, wenn bei dem Verletzten eine gewisse Disposition vorher bereits bestand; darüber aber, ob die Geisteskrankheit auch ohne die Verletzung zum Ausbruch gekommen wäre, wird durch die Bezeichnung der Verletzung als auslösende Ursache nichts ausgesagt. Daß der Sachverständige Sanitätsrat Dr. B. den Ausdruck in diesem Sinne braucht, ergibt sein Gutachten, und es fehlen alle Anhaltspunkte dafür, daß der Vorderrichter ihn so wie die Revision verstanden habe. Dagegen ist es zutreffend, daß der Beklagte nur dann den dem

Kläger durch die Geisteskrankheit entstandenen Schaden ohne Einschränkungen zu tragen hat, wenn feststeht, daß der Kläger ohne die dem Beklagten zur Last fallende Körperverletzung nicht geisteskrank geworden wäre. Ob das angefochtene Urteil nach dieser Richtung ausreichende Feststellungen enthält, ist zweifelhaft, kann aber zurzeit auf sich beruhen bleiben. Festgestellt ist jedenfalls, daß die Geisteskrankheit ohne die Körperverletzung nicht so, wie geschehen, eingetreten wäre, und das reicht aus, um die auf die Geisteskrankheit sich stützenden Schadensersatzansprüche dem Grunde nach für berechtigt zu erklären. Im Verfahren über den Betrag wird auch zu prüfen sein, ob etwa die vom Kläger verlangten Renten deswegen von einem noch zu ermittelnden Zeitpunkte an in Wegfall zu kommen haben, weil Kläger ohne die Körperverletzung geisteskrank geworden sein würde. (K. c. R., U. v. 21. Januar 1911, 290/10 VI. Cöln.) J. W. pag. 319.

§ 249.

Würde der mit einer krankhaften Anlage behaftete Verletzte ohne die Verletzung nicht krank geworden sein, so muß die Verletzung als die alleinige Ursache des Krankheitszustandes gelten, und es geht nicht an, die Folgen als zum Teil durch die krankhafte Anlage verursacht anzusehen, auch wenn die Verletzung ohne diese Anlage einen schädlichen Erfolg nicht gehabt hätte. (RG. VI. 29. Mai 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3423.

§§ 254, 823.

. . . Der erkennende Senat tritt diesen Ausführungen in dem Sinne bei, daß es überall Frage des einzelnen Falles ist, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der von dem Beklagten zu vertretenden Verletzung und dem unmittelbar durch die Aufregungen des um die Erkämpfung des Schadensersatzes geführten Prozesses hervorgerufenen Krankheitszustande angenommen werden kann. Zu bejahen wird diese Frage überall da sein, wo es gerade nervöse Krankheitserscheinungen waren, die, sei es allein, sei es in Verbindung mit anderen Krankheitsfolgen, die Körperverletzung ausgelöst hat, und die, hervorgerufen durch die letztere, durch die später hinzugetretenen Aufregungen des Prozesses gesteigert und verschlimmert worden sind, wie dies sowohl in dem Falle des Urt. des VI. Senats vom 8. Okt. 1906, als auch in denjenigen der letztangezogenen Entscheidung des III. Z.-S. ausdrücklich festgestellt war. Der Prozeß auf Schadensersatz ist gewiß nicht an sich eine Folgewirkung der Körperverletzung, sondern nur durch diese veranlaßt. Dieser Zusammenhang ist, wie die Entscheidung des erkennenden Senats vom 5. März 1906 (J. W. 1906 pag. 231) sagt, ein bloß äußerlicher und zufälliger. Nichtsdestoweniger können die seelischen Aufregungen, die der Prozeß für den Verletzten mit sich bringt, in innerem und ursächlichem Zusammenhange mit der Verletzung stehen, insofern diese in dem Betroffenen eine auf dem nervösen Krankheitszustand beruhende Herabminderung der seelischen Kräfte, eine Schwächung und Widerstandskraft gegen die Unbilden und Kämpfe des Lebens erzeugt hat, die alsdann tatsächlich, wenn solche Unbilden eintreten und solche Kämpfe notwendig werden, jenen Krankheitszustand verschlimmern und die Widerstandskraft bei dem Verletzten vollends erschöpfen. Wenn indessen hiernach auch dem Urteile des III. Z.-S. vom 19. Juni 1908 darin beizustimmen ist, daß den Schadensersatzpflichtigen zwar vom Standpunkte des Rechts kein Vorwurf trifft, wenn er es auf einen Rechtsstreit mit dem Berechtigten ankommen läßt, daß er dies aber auf seine Gefahr tut, so kann dies doch nur insoweit gelten, als der Schadensersatzberechtigte mit seinen Ansprüchen sich in denjenigen Grenzen hält, die durch seine Lebens- und Erwerbsverhältnisse vor dem Unfall und die Einwirkungen der Verletzung auf diese Verhältnisse gegeben sind. Wenn der Verletzte aber über diese Grenzen hinaus seine Schadensersatzforderungen ins Maßlose erweitert, dergestalt, daß dem Schadensersatzpflichtigen überhaupt nicht mehr zugemutet werden kann, sich mit ihm zur Vermeidung des Prozesses in von vornherein unfruchtbare Verhandlungen einzulassen, dann wird einmal, wie die Revision mit Recht geltend macht, gefragt werden müssen, ob der Verletzte nicht ganz oder zum Teil den Prozeß und seine Aufregungen und damit auch die Verschlimmerung seines durch die Verletzung hervorgerufenen Krankheitszustandes durch sein eigenes schuldhaftes Verhalten sich zugezogen hat, das als mitwirkendes Verschulden bei der Entstehung oder Vergrößerung des Schadens nach § 254 Abs. 2 BGB. in Betracht zu ziehen ist und die Ersatzpflicht des Schädigers für die durch jene Verschlimmerung der durch die unerlaubte Handlung an sich erzeugten Krankheitszustände ganz oder teilweise nach dem Grundsatze des § 254 Abs. 1 BGB. aufhebt. Daß die Schwächung der Widerstandskraft gegen die Unbilden des Lebens, die die durch die Verletzung verursachte Nervenerkrankung im Gefolge hatte, dem Verletzten auch alle vernünftige Erwägung unmöglich machte und ihn der Verantwortung für ein schuldhaftes Handeln überhaupt enthöbe, wird nicht schlechthin angenommen werden können, und die

Frage, inwieweit die Vergrößerung des Schadens dem eigenen schuldhaften Handeln des Verletzten zuzuschreiben ist, muß daher selbständig geprüft werden. Es darf aber noch weiter gegangen, und, auch abgesehen von einer schuldhaften Handlungsweise des Verletzten, die Frage aufgeworfen werden, ob nicht eine maßlose Übertreibung der Schadensersatzansprüche seitens des Verletzten, insoweit sie gerade entweder überhaupt erst zu dem Prozesse und seinen Aufregungen geführt oder doch das Verhalten des Prozeßgegners wesentlich beeinflußt und den Prozeß schwieriger und langwieriger gestaltet haben, jenen ursächlichen Zusammenhang, der zwischen der Verletzung und den durch die Prozeßaufregung erzeugten Verschlimmerungen in dem Krankheitszustande des Verletzten an sich anzuerkennen ist, ganz oder zum Teil wieder aufhebt. Denn das vermittelnde Glied, das die Aufregungen des Prozesses mit der Verletzung und deren unmittelbaren Krankheitsfolgen ursächlich verknüpft, ist die Zwangslage, in die der Schadensersatzberechtigte sich versetzt sieht, seinen Anspruch erst im Rechtswege verfolgen zu müssen (Urteil des III. Z.-S. vom 19. Juni 1908); wenn und insoweit eine solche an sich nicht vorhanden war und der Verletzte die Aufregungen des Prozesses mit ihrer Ungeduld, mit ihren wechselnden Hoffnungen und Befürchtungen sich selbst geschaffen hat, wird deshalb auch von jenem mittelbaren ursächlichen Zusammenhange nicht gesprochen werden können. (Folgt die Begründung, weswegen die Entscheidung an sich dem Endurteil überlassen werden mußte, auch bezüglich der Kosten, nachdem in den Vorinstanzen ein Zwischenurteil gemäß § 304 ZPO. erlassen worden war.) (U. v. 14. Nov. 1910. 517/16 VI — München.) J. W. pag. 150.

§ 823.

Ein Eisenbahnschaffner, der auf einer kleinen Station einen betrunkenen Menschen von der Mitfahrt ausschließt und ihn auf dem Bahnsteig liegen läßt, handelt nicht fahrlässig, wenn er sich nicht bewußt ist, daß er einen Menschen vor sich hat, der wegen Hilflosigkeit nicht verlassen werden darf.

Hilflos im Sinne des § 221 StGB. ist ein Mensch, der ohne fremde Hilfe an Leib und Leben gefährdet ist. War aber der Beklagte der Meinung, daß der Kläger trotz seiner Betrunkenheit den Zug noch zu erreichen suche und daß er, nachdem ihm dies vereitelt war, die Erwägung anstellen werde, er gehe zur Vermeidung eines Umweges besser auf dem Bahnkörper nach Hause, so konnte er unmöglich den Zustand des Klägers für einen solchen halten, der ihn außerstande setzte, ohne fremde Hilfe den Ausgang des Bahnsteiges zur Straße zu finden. (RG. VI. 23. Januar 1911.) D. R. Entsch. Nr. 1129.

§ 823.

Ist dem körperlich Verletzten durch eine falsche ärztliche Behandlung ein weiterer Schaden entstanden, so ist, sofern in der vom Verletzten getroffenen Auswahl des Arztes kein Verschulden liegt, der Schädiger auch für diesen weiteren Schaden haftbar, es sei denn, daß der Arzt alle Regeln der ärztlichen Kunst gröblich verletzt hätte und allein hierauf der weitere Schaden zurückzuführen wäre. (RG. VI. 22. Juni 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3181.

§§ 823, 254.

Es ist die Frage des einzelnen Falles, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der vom Schadensersatzpflichtigen zu vertretenden Verletzung und dem unmittelbar durch die Aufregungen des um die Erkämpfung des Schadensersatzes geführten Prozesses hervorgerufenen Krankheitszustand anzunehmen ist. Namentlich nervöse Krankheitserscheinungen, die durch eine Körperverletzung hervorgerufen sind, können durch die später hinzutretenden Aufregungen eines Prozesses gesteigert und verschlimmert werden. (J. W. 1908, pag. 405, Nr. 5 und pag. 526, Nr. 11: „Recht“ 1908, Nr. 3022.) Hat aber der Verletzte gegenüber der Bereitwilligkeit des Haftpflichtigen zu angemessener Entschädigung durch die Aufstellung maßloser Schadensansprüche selbst den Prozeß veranlaßt, so ist zu prüfen, ob nicht die durch den Prozeß veranlaßte Verschlimmerung durch das eigene schuldhafte Verhalten des Verletzten herbeigeführt ist und ob nicht überhaupt hierdurch der ursächliche Zusammenhang mit der Verletzung aufgehoben ist. (RG. VI. 14. November 1910. 517/10 — München. 13. Juli 1910.) D. R. Entsch. Nr. 328.

§§ 823, 831.

Neben der in § 831 BGB. erwähnten Leitung einer einzelnen Verrichtung besteht für den Geschäftsherrn auch eine allgemeine Überwachungstätigkeit hinsichtlich seiner Angestellten. (RG. VI. 12. Nov. 1910.) D. R. Entsch. Nr. 329.

§§ 823, 847.

Der Arzt ist kraft seines Berufs verpflichtet, bei der Behandlung Kranker Kunstfehler, Verstöße gegen die Grundsätze der medizinischen Wissenschaft zu vermeiden, einerlei, ob er in einem Vertragsverhältnis

zu dem behandelten Kranken steht oder nicht, und haftet nach § 823 Abs. 1 BGB., wenn er unter Verletzung dieser Berufspflicht das Leben, den Körper oder die Gesundheit widerrechtlich verletzt, dem Verletzten auf Schadensersatz, insbesondere auch auf Ersatz des nichtvermögensrechtlichen Schadens nach § 847 BGB. Die Widerrechtlichkeit und damit die Haftbarkeit des Arztes aus § 823 ist nur ausgeschlossen, wenn und insoweit der Kranke oder sein gesetzlicher Vertreter in die Verletzung eingewilligt hat. (RG. III. 14. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1743.

§ 826.

Haftpflicht eines Arztes, der fahrlässig jemand für geisteskrank erklärt hat, für den diesem daraus erwachsenden Schaden (§ 826 BGB.). Urteil des RG. (VI. Z.-S.) vom 25. November 1909 (Zeitschrift für med. Beamte, Nr. 6, 1910).

Kläger nimmt den Verklagten (seinen Hausarzt) wegen des Schadens in Anspruch, der ihm durch den Versuch seiner Frau und deren Verwandter, ihn als geisteskrank entmündigen zu lassen, entstanden ist. Er behauptet, daß der Verklagte wußte, daß zwischen ihm und der Ehefrau, die versucht habe, ihren Ehemann, den Kläger, wegen Geisteskrankheit zu entmündigen, Familienzwistigkeiten bestanden.

Die Annahme des Berufungsgerichts, daß, wenn der Verklagte die behauptete Äußerung getan habe, hierin höchstens ein grob fahrlässiges Verhalten zu erblicken sei, steht mit der eigenen Auffassung und dem Vorbringen des Verklagten in Widerspruch. Außerdem wird § 826 BGB. durch die Annahme verletzt, daß das Gesetz nicht anwendbar sei, wenn die Äußerung nur grob fahrlässig wider die Wahrheit verstoßen habe. Das Gesetz erfordert vorsätzliche Schadenszufügung in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise. Was die guten Sitten erheischen, ist aus dem herrschenden Volksbewußtsein, dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden unter Berücksichtigung der Eigenart des Einzelfalles zu entnehmen. Daher kann ein solcher Verstoß nicht schon deshalb verneint werden, weil die Handlung selbst keine arglistige, der Handelnde der Sittenwidrigkeit seiner Handlungsweise sich nicht bewußt sei. Auch die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt kann in besonders gearteten Fällen einen Verstoß gegen die guten Sitten enthalten, und auch hierbei kann sich der Handelnde ebenso gut der Möglichkeit des Eintritts einer Vermögensbeschädigung bewußt sein, wie in dem Falle arglistigen Handelns; damit ist die Anwendbarkeit des § 826 BGB. gegeben. Die hier vorliegenden Umstände müssen die behauptete Äußerung als einen Verstoß gegen die guten Sitten erscheinen lassen. Ein Arzt, der über den Geisteszustand eines andern befragt wird, muß sich der schweren Verantwortung bewußt sein, die er übernimmt, wenn er ihn für geisteskrank und seine Entmündigung für erforderlich erklärt. Gibt er sein Gutachten ohne genügende Unterlagen ab, dann liegt in diesem fahrlässigen Verhalten zugleich ein Verstoß gegen die guten Sitten. Kläger behauptet, daß der Beklagte ihn nie auf seinen Geisteszustand untersucht habe und nicht imstande sei, auch nur die nach seiner Behauptung wirklich getane Äußerung zu begründen. Wenn der Beklagte aber wußte, daß seine Äußerung gegen den Kläger von seiner Frau und deren Verwandten ausgenutzt werden würde, so mußte er sein Urteil mit peinlicher Gewissenhaftigkeit abgeben.

„Ärztl. Vereinsblatt" Nr. 752.

§ 827.

Auf die Deliktsfähigkeit übt die Entmündigung als solche keinen Einfluß aus.

Die Verantwortlichkeit des wegen Geistesschwäche Entmündigten für den einem andern durch eine unerlaubte Handlung zugefügten Schaden richtet sich daher lediglich nach der allgemeinen Bestimmung des § 827 BGB., wonach derjenige für den Schaden nicht verantwortlich ist, der im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem andern Schaden zufügt. Ist die Verantwortlichkeit zu bejahen, so kann allerdings darin, daß der Geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkte sich für geschäftsfähig ausgibt und dadurch andere verleitet, sich mit ihm in rechtsgeschäftliche Beziehungen einzulassen, eine unerlaubte Handlung, insbesondere ein Betrug gefunden werden (Motive zum Entwurf des BGB. Bd. II, pag. 733). Das Merkmal der Widerrechtlichkeit ist vorhanden, wenn der Entmündigte, um die erstrebten Vermögensvorteile zu erlangen, die Tatsache seiner Entmündigung dem Geschäftsgegner gegenüber in der Absicht, ihn zu täuschen, unterdrückt. Die sich hieraus ergebende Haftbarkeit des beschränkt Geschäftsfähigen oder Geschäftsunfähigen steht auch keineswegs in Widerspruch mit den Zwecken, die das Gesetz mit den Bestimmungen über die Nichtigkeit oder Unwirksamkeit ihrer rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen verfolgt. Denn, wenn diese Vorschriften auch in erster Linie im Interesse der Geschäftsunfähigen oder nicht voll Ge-

schäftsfähigen gegeben sein mögen und ihre Ausbeutung durch andere verhüten sollen, so schließt das doch nicht aus, daß diese Personen sich selbst um die ihnen zugedachte Wohltat des Schutzes gegen Übernahme vermögensrechtlicher Verpflichtungen bringen, indem sie bei Eingehung rechtsgeschäftlicher Beziehungen zu dritten sich diesen gegenüber zugleich unerlaubter Handlungen schuldig machen. (RG. VII. 23. Oktober 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3910.

§§ 828, 823.

Die Frage des Verschuldens eines Jugendlichen ist nicht identisch mit der Frage der Verantwortlichkeit nach § 828.

Allerdings wird sich bei Fahrlässigkeitsdelikten regelmäßig die zur Erkenntnis der Gefährlichkeit der Handlung erforderliche Einsicht mit dem Verständnis für die Pflicht zur Vergeltung auf seiten des jugendlichen Täters decken. Dies schließt aber nicht aus, daß im einzelnen Falle der Beklagte trotz seines Zugeständnisses, daß bei ihm individuell keine Umstände vorliegen, welche seine Einsicht in die Verantwortlichkeit hätten ausschließen können, sich für die Frage des Verschuldens auf eine Rücksichtnahme berufen kann, die im allgemeinen der Jugendlichkeit gebühre. (RG. VI. 6. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3083.

§ 831.

Ein früheres Dienstzeugnis eines Chauffeurs des Inhalts, daß er sich „zur Zufriedenheit geführt" habe, reicht zur Entlastung des Automobilbesitzers nicht aus.

Unter Führung pflegt man nur das sittliche und wirtschaftliche Verhalten eines Bediensteten außerhalb der technischen Leistungen, die der Dienst von ihm erfordert, nur die allgemeine Lebenshaltung zu verstehen, so daß das Zeugnis, das hinsichtlich eines Angestellten eine Führung zur Zufriedenheit ausspricht, lediglich seine Nüchternheit, Pünktlichkeit und Ehrlichkeit bestätigt. Das Zeugnis verschweigt also gerade das, wobei es bei der Anstellung eines Kraftwagenführers in erster Reihe ankommt, die technische Fähigkeit, die Besonnenheit und Geschicklichkeit, die Achtung vor der öffentlichen Ordnung und vor der Persönlichkeit des Mitmenschen. Die Führung kann auch bei einem für seinen Dienst unbrauchbaren Menschen eine zufriedenstellende und gute sein. (RG. VI. 7. Januar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1134.

§ 831.

Der Beweis dafür, daß der Besteller bei der Auswahl des Bestellten die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat, kann unter Umständen dadurch geführt werden, daß der Besteller dartut, er habe die Anstellung des Personals (z. B. auch des Bestellten) einem tüchtigen und zuverlässigen Geschäftsführer übertragen, von dem er erwarten durfte, daß er seinerseits geeignete und vertrauenswürdige Personen auswählen würde. (RG. VI. 6. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2562.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen

— **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.** Die diesjährige VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird vom 27. bis 29. September (mit Empfangsabend am 26. September) in Hamburg abgehalten werden. Die in Frankfurt (1911) festgestellten Referatthemata sind: I. Die klinische Stellung der sog. genuinen Epilepsie. Referenten: Redlich-Wien und Binswanger-Jena. II. Stand der Lehre vom Sympathicus. Referenten: L. R. Müller-Augsburg und Hans H. Meyer-Wien. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen für diese Versammlung sowie von etwaigen der Versammlung zu unterbreitenden Anträgen werden bis spätestens den 15. Juli an den 1. Schriftführer, Dr. K. Mendel, Berlin N., Luisenstr. 21, erbeten.

H. Oppenheim, 1. Vors. Berlin, Königin-Augustastr. 28.
M. Nonne, 2. Vorsitzender. Hamburg, Neuer Jungfernstieg 23.
K. Mendel, 1. Schriftführer. Berlin, Luisenstr. 21.

— **Irrenfürsorge in Württemberg.** Auf einen Antrag des ärztlichen Bezirksvereins Rottweil, bei der Regierung zu beantragen, daß infolge häufiger Überfüllung der Universitätsklinik für Nerven- und Gemütskranke in Tübingen die nächste staatliche Irrenanstalt baldmöglichst im Bereiche des Schwarzwaldkreises errichtet werde, faßte der ärztliche Landesverein (67. Sitzung des ärztlichen Landesausschusses vom 4. April 1912) den Beschluß: „Um der zunehmenden Überfüllung der Irrenanstalten baldmöglichst vorzubeugen, ist die Vergrößerung der in den bestehenden Heilanstalten vorhandenen Einrichtungen zur Aufnahme von unruhigen Kranken unbedingt erstes Erfordernis. Die Erbauung einer neuen Irrenanstalt ist gleichfalls als dringendes Bedürfnis anzuerkennen. Der Antrag Rottweil wird abgelehnt." — Bekanntlich haben die beteiligten Ministerien, offenbar im Hinblick auf die starke anderweitige Inanspruchnahme der Staatsfinanzen, sich bisher nicht entschließen können,

dem seit Jahren dringend empfundenen Bedürfnis nach einer neuen Irrenanstalt durch entsprechende Anträge näher zu treten. Sie ziehen die allmähliche Vergrößerung der bestehenden Anstalten, einen auf die Dauer allerdings nicht zureichenden Weg, vor. —

Durch eine Königliche Entschließung vom 15. April 1912 ist dem K. Medizinalkollegium die Befugnis zur Anstellung und Entlassung der Assistenzärzte der Staatstrrenanstalten übertragen worden. — Mit Ausnahme von Winnental leiden sämtliche Württembergische Staatsirrenanstalten nicht bloß seit einigen, sondern seit vielen Jahren unter chronischem Mangel an Assistenzärzten, was eine auf die Dauer jedenfalls nicht gleichgültige Inanspruchnahme der vorhandenen Kräfte bedingt, deren wissenschaftliche Bedürfnisse dabei unbefriedigt bleiben. --

Am Sonntag, den 19. Mai 1912, vormittags, wird im Vortragssaal des K. Medizinalkollegiums in Stuttgart eine Versammlung von Juristen und Ärzten stattfinden. Als Verhandlungsgegenstand ist bestimmt: „Der Aberglaube im Rechtsleben". Referenten sind Landrichter Dr. Schefold - Stuttgart und Assistenzarzt Dr. Werner - Winnental. Nachmittags treffen sich die Teilnehmer bei einem gemeinschaftlichen Mittagessen im Stadtgarten.

Referate.

— Mikulski, Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, 1911, VI. Bd., 3. Heft. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle. a S.

Zur Prüfung der Intelligenz bedient sich Verfasser einer Methode, die eine Art Legespiel darstellt: den Kranken werden Bilder, die nur aus der oberen resp. unteren Hälfte bestehen, vorgelegt, mit der Aufforderung, sie sinngemäß zu ergänzen. Besonders in Verbindung mit der Ebbinghausschen und Heilbronnerschen Methode hat sie sich dem Verfasser bewährt, zumal es auch einen Vergleich zwischen mehreren Patienten ermöglicht.

Kürbitz - Sonnenstein.

— Obersteiner, Der Geisteskranke und das Gesetz in Österreich. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft." Jurist.-psychiatrische Grenzfragen, VII. Bd., Heft 5. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Nicht an Juristen oder Psychiater wendet sich Verf., sondern an die Laien, die immer noch von der Furcht vor unberechtigter Internierung beherrscht werden und in Irrenanstalten nicht Krankenhäuser, sondern Detentionsanstalten sehen.

Er legt die betreffenden österreichischen Gesetze für die Geisteskranken, auch für die Militärpersonen, seinen Ausführungen zugrunde, nach denen zur Aufnahme stets ein amtsärztliches Attest erforderlich ist, und erwähnt die gerichtsärztlichen Kommissionen (ein Gerichtsbeamter, zwei psychiatrische Sachverständige), die eine regelmäßige Kontrolle ausüben.

Verf. bespricht dann die Internierungsberechtigung bei denjenigen Kranken, die sich oder anderen gefährlich werden, speziell für ein neues österreichisches Strafgesetzbuch, und wünscht für geisteskranke Verbrecher eine Angliederung an die Strafanstalten oder eigene Anstalten.

Mit Recht wünscht Verf. für Grenzfälle die verminderte Zurechnungsfähigkeit eingeführt zu sehen.

Entschieden wendet er sich dann gegen Vertrauensmänner und Schöffen in Entmündigungssenaten und bespricht dann noch den Gang eines psychiatrischen Fakultätsgutachtens in Wien.

Derartige Abhandlungen verdienen nicht nur in Österreich weiteste Verbreitung, sondern auch bei uns in Deutschland. Kürbitz - Sonnenstein.

— Mugdan, Periodizität und periodische Geistesstörungen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. IX. Bd., 4. Heft. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Verf. gibt zunächst eine ausführliche Begriffsbestimmung in mathematisch-naturwissenschaftlichem Sinne und betont, daß der mathematische Begriff unabhängig von jeder Kausalbeziehung ist im Gegensatz zum biologischen.

Die Fließsche Theorie, daß allen Lebewesen eine dauernde Doppelgeschlechtigkeit und allen Lebensvorgängen eine zweifache Periodizität zukomme, weist Verf. in überzeugender Weise zurück.

Nach der Besprechung der Zyklothymie erörtert dann Verf. die echt periodischen Psychosen und geht schließlich zu den periodischen Schwankungen der Hirnfunktion über, wobei er aber keinesfalls klinisch zusammengehörige Krankheitsbilder auseinandergerissen wissen will, z. B. nicht das menstruelle Irresein von der Gesamtheit der manisch-depressiven Psychosen. Kürbitz - Sonnenstein.

— Salgó - Budapest, Dozent Dr., Willensentschließung und Rechtspraxis. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VII. Bd., Heft 5. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Verf. bedauert im Anfang seiner Ausführungen, daß der Arzt die Frage nach der freien Willensentschließung zu beantworten habe, im übrigen sei aber keiner, auch der Gesunde nicht, absoluter Herr seines Willens, Verf. vertritt also streng den Standpunkt des Determinismus.

Die Einführung des Begriffs der verminderten Willensfreiheit in der Rechtspraxis hält er für „bedenklich und verkehrt", ferner sei der erhöhten Gemeingefährlichkeit der Minderwertigen noch nicht genügend Beachtung geschenkt worden.

Wenn man Verf. auch keineswegs in allen Punkten wird beistimmen können, so paßt doch auch für unsere deutschen Verhältnisse seine Mahnung nach besserer Versorgung der asozialen, nicht ausgesprochen geistekrsanken Elemente, zum Schutz der Allgemeinheit. Kürbitz - Sonnenstein.

— Gierlich, Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube mit besonderer Berücksichtigung der für einen chirurgischen Eingriff zugängigen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, 1910, IX. Bd., Heft 2. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Einleitend bespricht Verf. diejenigen Bahnen, die der Funktion des Kleinhirns dienen und geht dann zur Symptomatologie über, wobei die zerebellare Ataxie und Hypotonie, Nystagmus und Schwindel etc. eingehende Besprechung finden. Von Krankheiten sind Atrophien, Hämorrhagien, Tumoren etc. zu nennen. Nachdem auch die dem Kleinhirn benachbarten Partien hinsichtlich ihrer Erscheinungen bei krankhaften Zuständen erwähnt sind, geht Verf. auf die spezielle Differentialdiagnose ein in bezug auf die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit eines chirurgischen Eingriffes.

Die klare und erschöpfende Darstellung des Verf. wird man gewiß bei der Untersuchung derartiger Fälle zur schnellen Orientierung gern heranziehen.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Hubertusburg.** Med.-Rat Prof. Dr. P. Näcke ist zum 1. Juli zum Direktor der Königl. Landesheilanstalt zu Colditz ernannt worden.

— **Weinsberg.** Durch Entschließung des K. Medizinalkollegiums, Abteilung für die Staatskrankenanstalten, vom 23. April 1912 wurde dem approbierten Arzt Max Sorg eine Assistenzarztstelle bei der K. Heilanstalt Weinsberg übertragen.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen.** Gerh. Müller ist am 1. Mai 1912 als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Ybbs.** Primararzt der niederösterreichischen Landesanstalt „am Steinhof" Dr. Franz Sickinger wurde zum dirigierenden Primararzt der niederösterreichischen Landes-Pflegeanstalt für Geisteskranke in Ybbs ernannt.

— **Gugging.** Dr. Th. Bogdan, Direktor der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Gugging ist auf seinen Antrag unterm 1. April 1912 in den Ruhestand versetzt worden.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alzey.** Erich Zeiß aus Heiligenkirchen ist am 27. v. Mts. als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu in Bamberg.** Nach Rückkehr von einer Studienreise nach Wien, zu der ihm vom Ministerium ein Reisestipendium bewilligt worden war, ist der frühere Assistenzarzt Dr. Zirkel mit dem Titel „Anstaltsarzt" am 1. Mai wiederangestellt worden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 7. 18. Mai **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Der Herrenbau der Privatanstalt Kennenburg bei Esslingen a. N.

von Dr. *Reinhold Krauss*, Besitzer und leitender Arzt der Heilanstalt Kennenburg.

Um einen drohenden lästigen Betrieb in der Nähe meiner Heilanstalt zu vermeiden, mußte ich im Jahre 1910 das an deren Garten anstoßende Gelände in der Größe von etwa 6,5 Morgen erwerben. Während nun seither meine Heilanstalt nur zur Aufnahme nerven- und gemütskranker Damen bestimmt war, habe ich auf diesem neuerworbenen Gebiete, dessen Trennung vom alten aufrecht erhalten ist, ein Gebäude errichtet, das zur Verpflegung nerven- und gemütskranker Herren dienen soll. Da dieses Haus eine Anzahl technischer Neuheiten enthält, so erlaube ich mir dasselbe in folgendem zu beschreiben.

Im Untergeschoß befinden sich die Räumlichkeiten für Heizungs- und Warmwasserbereitungsanlagen, für die Entstaubungsanlage, ferner Kasten- und Koffer-Räume, Trockenraum und sonstige Nebengelasse, das Kasino, die Teeküche und das Bad für die männlichen Angestellten. Im Erdgeschoß des Baues sind je östlich und westlich Überwachungsabteilungen für unruhige und ruhige Kranke. Zwischen den Über-

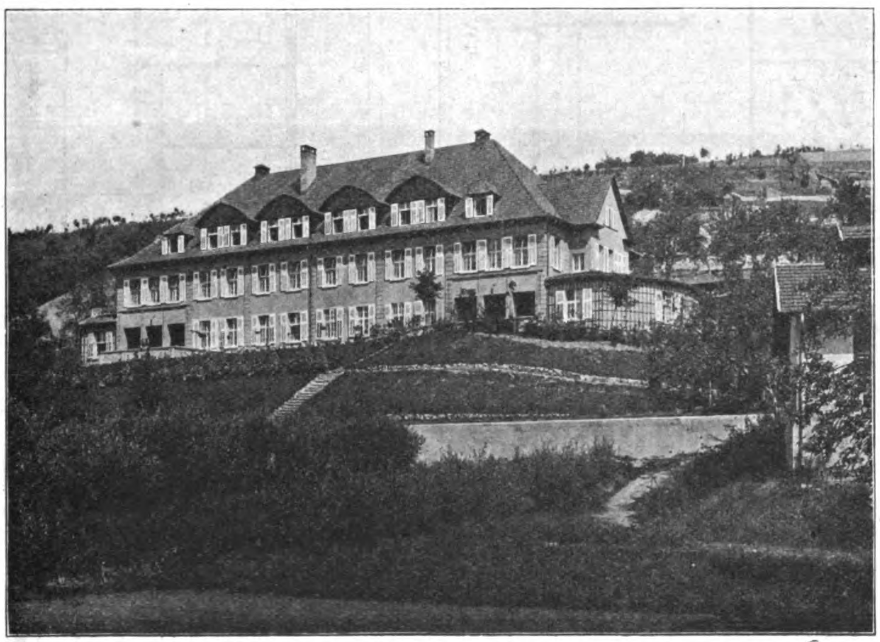


Abb. 1.

wachungsabteilungen liegen drei Zimmer für halbruhige, nicht überwachungsbedürftige, und ein Zimmer, das als Isolierzimmer eingerichtet werden kann. Bei der Anlage der Überwachungsabteilungen hob ich darauf ab, den klinischen Zweck der Überwachung durchaus zu erreichen und zugleich dem Bedürfnis des einzelnen Kranken nach eigenem Zimmer mit der ihm zukommenden Bequemlichkeit gerecht zu werden. Ich fand die Lösung in der Weise, daß ich in kreisförmiger Anordnung um den gemeinschaftlichen Tagraum fünf Zimmer legen ließ, die auf diesen mittels Glastüren münden, und die von dem Pfleger von einem bestimmten Punkte des Tagraumes aus zu $^6/_7$ übersehen werden können. Jedes Zimmer enthält außer dem Bette zwei Stühle, einen Tisch und eine an der Wand angebrachte Waschtoilette aus Fayence mit Spiegel. Um die Schalldichtigkeit der Wände und Decken gegen die einzelnen Zimmer noch zu verstärken, sind die Wände mit 4 cm starken Korkplatten bekleidet. Außerdem sind sämtliche hölzernen und

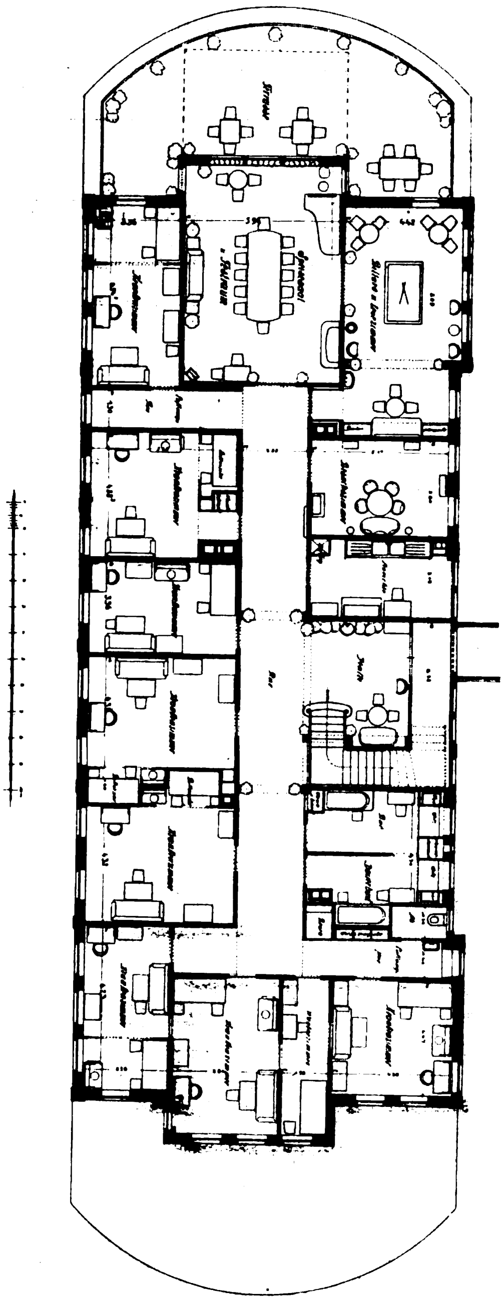


Abb. 3.

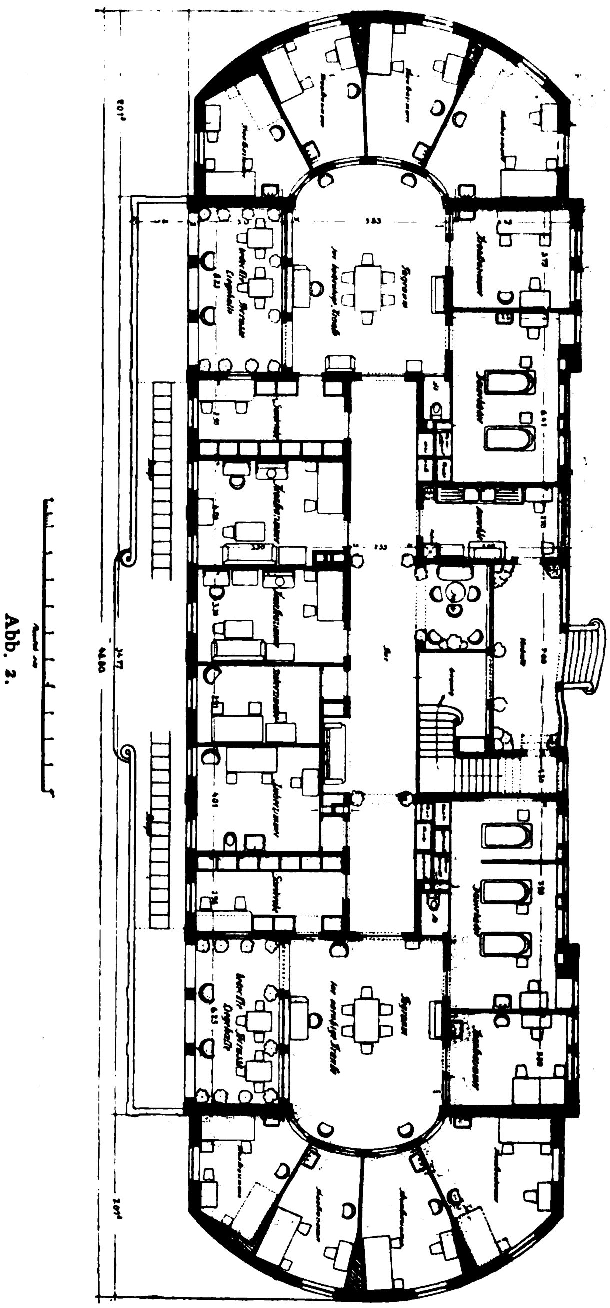


Abb. 2.

eisernen Deckenbalken und Wandstützungen auf ihren Auflagestellen mit weicher Dachpappe doppelt umwickelt. Über allen Balken sind sodann vor Aufbringung und als Auflage der Blindböden 10 cm breite und 1 cm dicke Filzstreifen geheftet und als Unterlage für den Linoleumestrich 3 cm stark imprägnierte Korkplatten aufgebracht worden. Die vierflügligen Doppelfenster entsprechen in ihrem unteren Teile durchaus dem üblichen Fenster mit enger Sprossenteilung. Sie können mit Dorn abgeschlossen werden. Die Bedienung der Oberflügel steht den Kranken mit Hilfe einer in die Wand eingesetzten Schiebvorrichtung gänzlich frei. Außen sind Läden angebracht, die ebenfalls mit dem Dornschlüssel sicher verschlossen werden können. Ein Öffnen durch den Kranken ist, wenn dieselben mit dem Dorn geschlossen sind, unmöglich. Dadurch ist im Sommer Gelegenheit geboten, auch nachts die Läden, die zudem mit verstellbaren Jalousieklappen versehen sind, zu schließen und den Kranken die Fenster offen zu lassen. Um ruhigen Kranken das Öffnen und Schließen der Läden selbst zu ermöglichen, wurden dieselben außerdem mit einem Normalabschluß versehen.

Um möglichst störende Geräusche für die Nachbarschaft zu vermeiden, sind die Stränge der Wasserleitung unterbrochen in der Weise, daß Zimmer 1 und 3, 2 und 4 aneinanderhängen, Zimmer 5 läuft direkt ab. Außerdem wurden alle Wasser-Zu- und Ableitungen in einem gemauerten Rohrkanal in Torfmull gebettet und derselbe vollständig zubetoniert.

Der Tagraum trägt vollständig den Charakter eines komfortablen Wohnzimmers. An ihn schließt sich das Bad mit drei Wannen aus englischer Fayence auf der unruhigen Abteilung, mit 2 solchen auf der ruhigen. Die Wände dieser Bäder sind bis zu 2 m Höhe mit Fayenceplättchen verkleidet, und darüber, ebenso wie die Decken, mit Keim'schem Mineralfarbenanstrich versehen.

Die Bäder wurden an neue, zum ersten Mal für hier von der Firma Gebrüder Sulzer in Ludwigshafen-Winterthur gebauten Mischbatterien angeschlossen. Diese sind in der Weise gebaut, daß der in einem Niederdruckdampfkessel erzeugte Dampf mittels einer Heizschlange das Wasser in einem Boiler erwärmt. Durch Regulatoren am Dampfkessel einerseits und am Boiler anderseits wird das Wasser auf einer steten Temperatur von 60° C erhalten. Von hier aus kann das Wasser in die Spülküchen gepumpt werden. Das für Bäder bestimmte Wasser wird einem weiteren Mischgefäß zugeführt, dessen Ventile nur so viel kaltes, beziehungsweise warmes Wasser durchlaufen lassen, daß die im Mischgefäß erfolgende Vereinigung beider Wasser stets eine gewünschte Temperatur von etwa 36° Celsius besitzt. Betätigt wird diese Mischeinrichtung durch einen Temperaturregler, welcher seinerseits von dem Mischwasser direkt beeinflußt wird. Das Mischwasserreservoir dient besonders dazu, augenblickliche, stoßweise Schwankungen der Temperatur, welche durch etwaige Druckänderungen in der Hauswasserleitung auftreten können, zu vernichten, beziehungsweise auf



Abb. 4.

das Mindestmaß zu verringern. Das gemischte Wasser, dessen Wärmegrad an einem Thermometer abgelesen werden kann, wird nunmehr den Regulierungsstationen einzelnen Wannen notwendigen Wärmegrad herstellen zu können, Absperrventile, um jede einzelne Wanne für sich füllen zu können, einen Thermometer zur

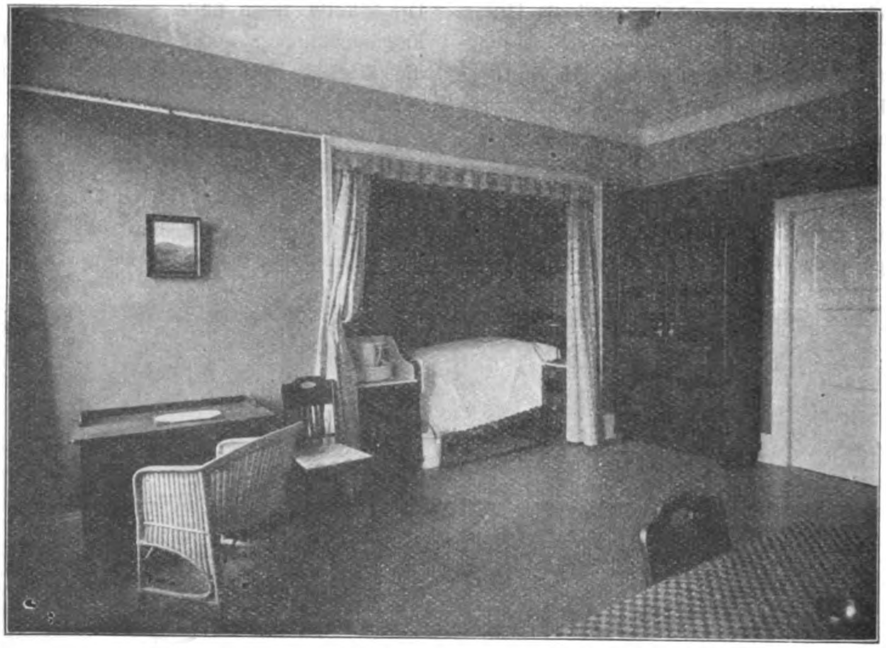


Abb. 5.

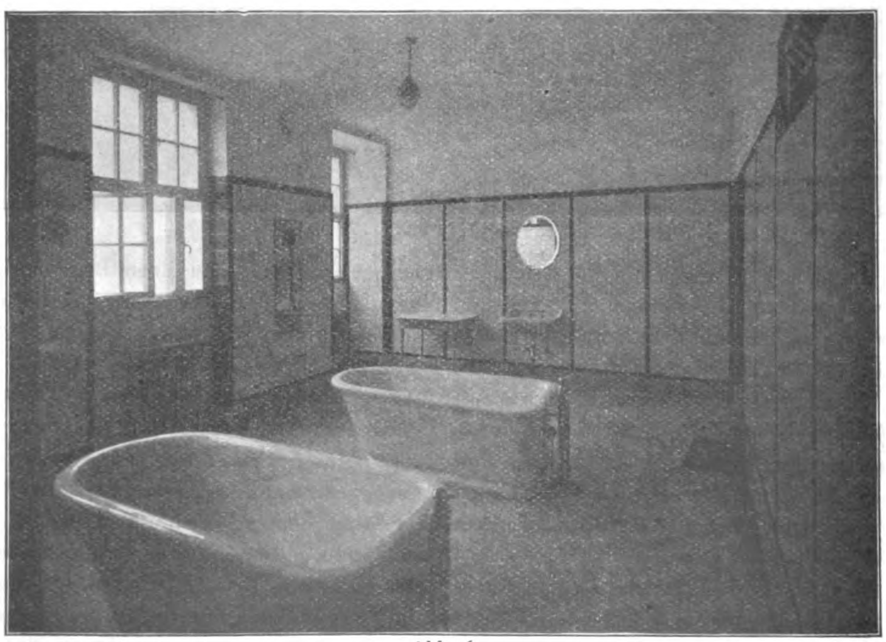


Abb. 6.

selbst zugeführt. Diese sind verdeckt, an den Kranken nicht zugänglicher Stelle angeordnet, und enthalten alle zum Füllen der einzelnen Wannen notwendigen Ventile, eine weitere Mischbatterie, um den für die Kontrolle der eingestellten Temperatur. Diese Kontrollthermometer in den Regulierungsstationen sind gleichzeitig mit elektrischen Signaleinrichtungen versehen, welche eine Klingel in Tätigkeit setzen, falls die Tempe-

ratur des gemischten Wassers aus irgendwelchen Gründen sich zu hoch oder zu niedrig einstellt. Auf diese Weise wird das Wartepersonal von jeder Unregelmäßigkeit in der Funktion der Apparate benachrichtigt und ist sofort imstande, Abhilfe zu schaffen.

Das gemischte Wasser fließt durch zwei an den Seiten der Wannen angebrachte Öffnungen ununterbrochen zu, so daß sich der Kranke im gleichmäßig erwärmten fließenden Wasser befindet, solange er im Bade ist.

Die Mischbatterien haben sich in nunmehr einjährigem Gebrauch durchaus zuverlässig bewährt und anstandslos gearbeitet.

Um auch für die Toiletten in den Einzelzimmern die Gewißheit zu haben, daß denselben nie zu heißes Wasser zugeführt wird, ließ ich hinter dem großen Hauptboiler nochmals einen kleinen Boiler einschalten und dessen Wassertemperatur ebenfalls durch Regulatoren auf eine Konstante von ca. 45° einstellen.

An den Tagraum der Überwachungsabteilungen stößt eine gedeckte Veranda, die als Liegehalle benutzt wird. Von ihr führt eine Fahrbahn in den anliegenden Garten, so daß die Möglichkeit besteht, die Kranken im Bett aus ihren Zimmern in den Garten zu fahren.

Die Überwachungsabteilungen sind außerdem mit den üblichen Nebenräumlichkeiten, Teeküche, Garderobe versehen.

Der erste Stock trägt durchaus den Charakter einer offenen Abteilung, enthält 8 Krankenzimmer, nebst zugehörigen Bädern, großem Gesellschaftszimmer, Billardzimmer, Empfangszimmer, sowie die üblichen Nebenräumlichkeiten.

Im zweiten Stock sind weitere 4 Zimmer für Kranke, mit Eßzimmer, Bad für diese, ein Photographierraum, die Wohnung des zweiten Arztes, sowie die Zimmer des Pflegepersonals untergebracht.

Die sämtlichen von Kranken bewohnten Zimmer des Herrenbaues liegen gegen Süden, beziehungsweise Südosten. Das Haus ist mit Niederdruckwarmwasser versehen.

Das Gebäude wird aus der eignen Anlage der Heilanstalt elektrisch beleuchtet. Die Abwässer werden einer biologischen Kläranlage der Heilanstalt zugeführt. Die Speisung erfolgt aus der Zentralküche. Das ganze neuerworbene Gelände wurde zum ausschließlichen Gebrauch für die Herrenabteilung zu einem Garten angelegt mit zum Teil parkartigem Charakter, mit Liege- und Spielplätzen.

Veronal oder Medinal?

Über das Medinal oder Natrium diaethylbarbituricum schreiben die Höchster Farbwerke folgendes: In gewissen Fällen scheint es von Wert, ein etwas leichter lösliches Mittel zu besitzen, um dasselbe auch rektal und subkutan anwenden zu können. Diese gewünschten Eigenschaften besitzt das Natriumsalz der Diäthylbarbitursäure, welches in Wasser im Verhältnis 1 : 5 löslich ist. Gleichzeitig scheint es den Vorzug zu haben, daß es zufolge seiner leichteren Resorptionsfähigkeit schneller in Aktion tritt und aus dem Organismus auch schneller wieder ausgeschieden wird, weshalb beim Patienten nach dem Erwachen kein Gefühl der Benommenheit mehr zurückbleibt. Im übrigen ist das Indikationsgebiet des diäthylbarbitursauren Natriums das gleiche wie das der Diäthylbarbitursäure.

Soweit mir bekannt ist, verschreiben die Kollegen neuerdings lieber Medinal als Veronal. Ich möchte aus folgenden Gründen mehr für Veronal mich aussprechen:

1. ist das Veronal, verschrieben als Acidum diäthylbarbituricum, wesentlich billiger;

2. enthält die gleiche Gewichtsmenge Medinal natürlich weniger die schlafbringende Diäthylbarbitursäure, da ja das Natrium mit hinzugetreten ist;

3. läßt sich das beim Veronal häufig auftretende unangenehme Gefühl der Benommenheit beim Erwachen des Patienten nach meinen Beobachtungen leicht dadurch umgehen, daß man das Mittel früher gibt, etwa ½9 – 9 Uhr.

Die Resorption des Veronals ist erfahrungsgemäß eine viel langsamere als die des Medinals und darum nachhaltiger (sie tritt erst etwa 1 Stunde nach Aufnahme per os ein). Ich lasse das Veronal in Tabletten nehmen, die der Patient zerbeißt und nicht, wie es früher immer empfohlen wurde, in heißem Tee oder Milch gelöst nimmt.

Hiernach ist die Unzweckmäßigkeit, Veronal in später Nacht noch zu nehmen, leicht verständlich, da dann in den Vormittagsstunden des darauffolgenden Tages die narkotische Wirkung noch anhält.

Wenn man ordiniert: „nur im Bedarfsfalle zu nehmen," das ist nachts, wenn der Patient nicht schlafen kann, dann ist es wohl besser, wegen der schnell eintretenden Wirkung Medinal zu geben.

Dr. Rehm, Blankenburg (Harz).

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 831.

Bei der Beurteilung von früheren Zeugnissen darf die Tatsache berücksichtigt werden, daß solche vielfach nach der günstigen Seite gefärbt sind. (RG. VI. 1. Dezember 1910.) D. R. Entsch. Nr. 499.

§ 831.

Wenn die Verrichtung dem Angestellten zu selbständiger Ausführung anvertraut ist und nach der Auswahl dieser Person anvertraut werden durfte, so könne von dem Geschäftsherrn die persönliche Überwachung der Ausführung nicht verlangt werden, wie auch der § 831 BGB. von einer Pflicht zur Aufsicht nicht spreche. Daher habe der Geschäftsherr, wenn er die Leitung der auszuführenden Verrichtung einem anderen zu selbständiger Besorgung übertragen habe, die Ausführung nicht zu leiten, oder er hätte, wofern man hier noch eine eigene Leitungspflicht für ihn annehmen könne, dieser durch Bestellung eines tüchtigen Vertreters genügt. (G. c. K., Urteil vom 22. Februar 1911. 172/10. V.-Posen.)

J. W. pag. 403.

§ 832.

Der Aufsichtspflichtige hat nur für genügende Beaufsichtigung einzustehen, nicht auch dafür, daß diese einen günstigen Erfolg herbeiführt. Vermag er trotz angestrengter Bemühungen mehrfache erhebliche Verfehlungen des seiner Aufsicht Unterstellten nicht zu verhindern, so muß er allerdings, je nach Lage des Falles, dessen Unterbringung in eine fremde Familie oder seine Aufnahme in eine Anstalt veranlassen.

Damit aber in der Unterlassung dieser Maßregel eine Verletzung der Aufsichtspflicht gefunden werden kann, muß feststehen, daß die Mutter von erheblichen Verfehlungen ihres Sohnes tatsächlich Kenntnis hat. (RG. VI. 10. November 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 335.

§ 843.

Neben der Rente für Verminderung der Erwerbsfähigkeit kann Ersatz für besondere Aufwendungen betreffs in der ersten Zeit nach dem Unfall eingestellter Hilfsarbeiter verlangt werden.

Die Ersatzleistung für vorübergehende Aufwendungen der hier in Frage kommenden Art steht zu dem in § 843 geregelten, eine gewisse Dauer des Nachteils voraussetzenden Schadensersatz durchaus nicht in dem Verhältnisse, daß sie durch ihn ohne weiteres ausgeschlossen wäre; im Gegenteil, beide stehen an sich nebeneinander. (RG. IV. 17. Juni 1911.) D. R. Entsch. Nr. 2890.

§ 843.

Ist die geforderte Rente ausdrücklich auch mit der Vermehrung der Bedürfnisse für Heilung und Pflege begründet, so kann daneben nicht nochmals Feststellung der künftigen Ersatzpflicht hinsichtlich dieser Posten begehrt werden. (RG. VI. 26. Juni 1910.) D. R. Entsch. Nr. 2891.

§ 847.

Auch bei einem achtjährigen Mädchen können die fortdauernden seelischen Erregungen zufolge einer schweren Verletzung (Fingerabschneiden) berücksichtigt werden. (Nürnberg, 8. Februar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 2568.

§ 1304 Abs. 2.

Die Tatsache, daß der Bräutigam bereits in Geschlechtsverkehr mit der Braut steht, ist kein zwingender Grund zur Erteilung der Heiratsgenehmigung.

Die Vorinstanz hat keineswegs nur die wirtschaftlichen Verhältnisse gewürdigt, die ethischen aber ganz außer acht gelassen. Das Beschwerdegericht hat die Tatsache, daß Friedrich B. schon seit längerer Zeit mit Rosa St. in Geschlechtsverkehr steht, nicht übersehen; es hat auch die Aufregung, welche die Verweigerung der Einwilligung in die Eheschließung für die Beschwerdeführerin nach sich ziehen kann, in Erwägung gezogen; es hat aber diesen Umständen im Gegenhalte zu den für die Verweigerung der Einwilligung sprechenden Gründen eine durchschlagende Bedeutung nicht beigemessen. Ein Rechtsirrtum liegt darin nicht. Die erst in der weiteren Beschwerde vorgebrachte Behauptung, daß sich Rosa St. im dritten Monat der Schwangerschaft befinde, die von ihr beabsichtigte Eheschließung daher aus diesem Grunde in ihrem Interesse gelegen sei, enthält eine neue Tatsache, die unberücksichtigt bleiben muß, da die weitere Beschwerde auf neue Tatsachen nicht gestützt werden kann. (Bayr. ObLG. 10. Febr. 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1147.

§§ 1330ff.

Die Anfechtung eines Ehevertrages wegen arg-

listiger Täuschung kann auch noch nach Scheidung der Ehe erfolgen. (RG. IV. 23. Oktober 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3915.

§ 1333.

Vaginismus der Frau berechtigt den Mann zur Anfechtung, selbst, wenn die Frau ein Kind geboren hat und ihre Beischlafsunfähigkeit durch die Angst vor dem Beischlaf erst während der Ehe noch erhöht ist. (RG. IV. 11. Mai 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3094.

§ 1333.

Eine bloße Anlage zur Geisteskrankheit kann nicht als eine persönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. angesehen werden.

Eine Anlage zur Geisteskrankheit mag, wie in dem Urteil vom 11. März 1909 hervorgehoben, zwar dann einer vorhandenen Geisteskrankheit gleichzustellen sein, wenn die Anlage nach der gewöhnlichen Entwicklung der Dinge zur Krankheit führen muß. Allein im vorliegenden Falle hat der Vorderrichter, der sich auf das Gutachten des Dr. H. stützt, festgestellt, daß die Veranlagung der Klägerin nicht notwendig zur Geisteskrankheit zu führen brauchte. In der Ehe der Parteien ist ersichtlich, mag dies nun auf Schuld der Klägerin oder des Beklagten zurückzuführen sein, viel Streit und Unfrieden gewesen. Es leuchtet ein, daß hierdurch die Anlage zur Geisteskrankheit auf das ungünstigste beeinflußt werden mußte. (RG. IV. 24. November 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 3657.

§ 1333.

Auch ist für die Frage der Anwendbarkeit des § 1333 BGB. in erster Linie nicht das subjektive Empfinden der Klägerin maßgebend, sondern der objektive, der allgemein sittlichen Kultur entsprechende, aus verständiger Würdigung des Wesens der Ehe zu entnehmende Maßstab. Das besondere subjektive Empfinden eines Eheteils kann das Anfechtungsrecht wohl unter Umständen einschränken (J. W., 1904, 114), nicht aber über das bei objektiver Betrachtung aus der verständigen Würdigung des Wesens der Ehe sich ergebende Maß hinaus ausdehnen. Unter Zugrundelegung des objektiven, in der angegebenen Weise zu findenden Maßstabes, welchen anzulegen Sache der rechtlichen Beurteilung ist, läßt sich nicht sagen, daß der Beklagte Eigenschaften hätte erkennen lassen, deren Kenntnis die Klägerin von Eingehung der Ehe hätte abhalten können. (RG. 12. April 1911.) . W. pag. 543.

§ 1333.

Es kommt nur eine solche Beischlafsunfähigkeit in Frage, welche ausschließlich in der Person der Beklagten selbst begründet ist, und es fragt sich, ob diese als eine persönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. anzusehen ist, auch wenn sie nur gegenüber der Klägerin besteht. Das ist zu bejahen. Für die Frage der Anwendbarkeit der erwähnten Gesetzesbestimmung ist lediglich das von Belang, ob der Ehegatte gerade für die Ehe, die er eingegangen hat, tauglich oder untauglich ist. Ob außerhalb der in Betracht kommenden Ehe Beischlafsfähigkeit besteht, kann nicht ins Gewicht fallen. Von dem hier allein maßgebenden Gesichtspunkt aus gesehen, muß vielmehr die sogen. relative Impotenz ebenso gut als eine der Person anhaftende Eigenschaft angesehen werden wie die absolute Impotenz, und rechtfertigt ebenso wie diese die Anwendung des § 1333 BGB. (RG. 12. April 1911.) J. W. pag. 543.

§ 1353.

Der Umstand, daß die Ehefrau an schwerer Nervosität mit stark hysterischem Einschlage leidet und daß sie deshalb in gereiztem Zustande zu Ausschreitungen gegenüber ihrem Ehemanne neigt, läßt ihr Verlangen nach Herstellung der Gemeinschaft noch nicht als Mißbrauch ihres Rechtes erscheinen.

Daß es dem Beklagten nicht gerade leicht sein werde, mit seiner kranken Ehefrau zusammenzuleben, verkennt das Berufungsgericht nicht. Es weist aber darauf hin, es entspreche nicht der rechten ehelichen Gesinnung, die Frau in ihrer Krankheit zu verlassen, es liege vielmehr dem Beklagten, der an den bisherigen Zwistigkeiten nicht frei von Schuld gewesen und in einem Falle gegen die kranke Frau tätlich geworden sei, ob, das seinige dazu zu tun, um das Zusammenleben für beide Ehegatten erträglich zu machen und die durch die Krankheit gebotene Geduld und Nachsicht zu üben. Eine rechtsirrtümliche Auffassung des § 1353 BGB. tritt in diesen Ausführungen des Berufungsgerichts nicht zutage. (RG. IV. 17. Juni 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3481.

§ 1568.

Zwei- bis dreimonatliche Weigerung des Geschlechtsverkehrs berechtigt den Mann nicht, die Scheidung zu verlangen, wenn er oft angetrunken gewesen ist, mit der Frau Streit angefangen und sie mißhandelt hat. (Hamburg, 27. September 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 92.

§ 1568.

Morphiumsucht ist kein Scheidungsgrund. (Kiel, 27. Oktober 1910. ROLG., Bd. 21, pag. 239.)

D. R. Entsch. Nr. 89.

§ 1569.

Der Eintritt des sogen. geistigen Todes, also vollkommener Verblödung des Ehegatten, ist zur Scheidung wegen Geisteskrankheit nicht erforderlich. (J. W., 1905, pag. 395, Nr. 17.) Wenn der beklagte Gatte von Wahnvorstellungen beherrscht wird, die gerade in den wichtigsten Punkten des geistigen Zusammenlebens der Ehegatten das dazu unbedingt notwendige gegenseitige Vertrauen und Verständnis ausschließen, und ein gemeinsames Fühlen und Denken ausschließen, so ist bei einer solchen tiefinnerlichen Entfremdung der Ehegatten das geistige Band gelöst, auch wenn das Vorhandensein einer gewissen äußeren, vom geisteskranken Gatten betätigten Fürsorge für die Familie dargetan werden könnte. (RG. IV. 16. Februar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3328.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur Jahresversammlung in Kiel am 30. und 31. Mai 1912. Tagesordnung: Donnerstag, 30. Mai.

Erste Sitzung vormittags 9 Uhr in der Aula der Universität. Eröffnung und Begrüßung.

1. Referat: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Ref.: Hoche-Freiburg und Alzheimer-München.

Vorträge.

12½ Uhr Frühstück (1 Mark) im Studentenheim Seeburg, Düsternbrooker Weg 2, gegenüber der Universität.

Zweite Sitzung nachmittags 2 Uhr pünktlich im Hörsaal der Anatomie.

Kassenbericht (vergl. nachstehenden Rechnungsabschluß) und Festsetzung des Jahresbeitrags für 1912. — Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung. — Wahlen zur Ergänzung des Vorstandes (Cramer und Kraepelin scheiden satzungsgemäß aus). — Geschäftliche Mitteilungen. — Antrag Alt, die Jahresversammlung künftig auf drei Tage auszudehnen und am dritten Tage ausschließlich Themata aus der praktischen Fürsorge der Geisteskranken zu behandeln.

Vorträge.

Freitag, 31. Mai. Dritte Sitzung vormittags 9 Uhr pünktlich in der Aula der Universität.

2. Referat: Die Behandlung der Paralyse. Ref.: E. Meyer-Königsberg und Spielmeyer-Freiburg.

Vorträge.

12½ Uhr Frühstück (1 Mark) im Studentenheim Seeburg.

Vierte Sitzung nachmittags 2 Uhr pünktlich in der Aula der Universität.

Vorträge.

Die Sitzungen finden statt in der Aula der Universität am Schloßgarten, Vorträge mit diaskopischen und episkopischen Projektionen im Hörsaal der Anatomie neben der Universität. Anmeldungen zur Benutzung des diaskopischen und episkopischen Apparats nimmt entgegen Dr. Runge, Kiel, Nervenklinik.

Vorträge haben angemeldet:

1. Eichelberg-Göttingen: Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit.
2. L. W. Weber-Chemnitz: Die Praxis bei der Durchführung der Pflegschaft nach dem BGB.
3. G. Stertz-Bonn: Organische Krankheitssymptome am Nervensystem bei Katatonie.
4. Rittershaus-Hamburg: Zur Psychologie der weibl. Ausnahmezustände (Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett).
5. Pförringer-Hamburg: Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols (mit Demonstrationen).
6. Kafka-Hamburg: Über Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor cerebrospinalis.
7. Weygandt-Hamburg: Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege, ein Beitrag zu der Frage: Umbau oder Neubau (mit Demonstrationen).
8. Ew. Stier-Berlin: Die funktionelle Differenz der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit.
9. P. Schröder-Breslau: Über Remissionen bei progressiver Paralyse.
10. Fischer-Prag: Beitrag zur Presbyophreniefrage.
11. Bergl-Prag: Das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei Luetikern.
12. v. Nießl-Mayendorf-Leipzig: Über den Anteil der beiden Hemisphären an den motorischen Funktionen (Projektionen).
13. Friedländer-Hohe Mark: Die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf die metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.
14. Siemens-Lauenburg: Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die Grundursachen der Geisteskrankheiten.
15. F. Stern-Kiel: Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen.
16. Bischoff-Hamburg: Untersuchungen über das mittelbare und unmittelbare Zahlengedächtnis.
17. Stargardt-Kiel: Die Ätiologie des Sehnervenschwundes bei progressiver Paralyse und Tabes.
18. König-Kiel: Zur Klinik der menstruellen Psychosen.
19. Allers-München: Beiträge zur Pathochemie des Gehirns.
20. Goldstein-Königsberg: Über die zentrale Aphasie.

21. **Kleist**-Erlangen: Über chronische paranoische Erkrankungen des Rückbildungsalters mit besonderer Rücksicht auf ihre Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein.

22. **Wanke**-Friedrichroda: Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit.

23. O. **Rehm**-Bremen: Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit und ihre diagnostische Verwertbarkeit (Projektionsvortrag).

24. **Glüh**-Hamburg: Über Mikrozephalie (mit Demonstrationen).

25. **Kreuser**-Winnental: Psychische Wirkungen des Erdbebens vom 16. November 1911.

26. M. **Urstein**-Lodz: Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie.

27. **Dannenberger**-Goddelau: Zur Ätiologie psychogener Psychosen und psychischer Infektionen.

28. **Rühle**-Uchtspringe: Zur pathologischen Anatomie der tuberösen Sklerose.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabend der Versammlung vorbehalten.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Minuten, Vorträge nicht über 20 Min. und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen.

Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstande etwa acht Tage vorher mitzuteilen.

Mittwoch, 29. Mai, von 1/2 9 Uhr an: Geselliges Zusammentreffen im Studentenheim Seeburg, Düsternbrooker Weg 2.

Hier sind zur Auskunftserteilung bereit die DDr. **Kehrer, Kobert, König, Runge, Stern.**

Donnerstag, 30. Mai, abends 6 Uhr: Gemeinschaftliches Essen im Hotel Seebadeanstalt, Düsternbrooker Weg 110, das trockne Gedeck zu 5 Mark.

Für Sonnabend, 1. Juni, liegen Einladungen vor zur Besichtigung der Provinzialanstalt Neustadt und zur Besichtigung der Anstalten des Hamburger Staates.

Dem Lokalkomitee gehören an: Direktor Dr. **Dabelstein**-Neustadt, Prof. Dr. **Kirchhoff**-Schleswig, Marinestabsarzt Dr. **Kobert**-Kiel, Lornsenstraße 39, Dr. **König**-Kiel, Roonstr. 2, Privatdozent Dr. **Runge**, Nervenklinik, Kiel, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling**-Kiel.

Ein Damenausschuß zur gemeinsamen Besichtigung von Stadt und Hafen ist am Donnerstag und Freitag von 10 Uhr vormittags an bereit. Zusammenkunft in Holsts Hotel.

Hotels in der Nähe des Bahnhofes (von denen aus das Versammlungslokal mit Linie 2 und 9 der elektr. Bahn zu erreichen ist): Hansa-Hotel vis-à-vis vom Bahnhof (erstklassiges Hotel). Europäischer Hof vis-à-vis vom Bahnhof. Hotel Continental, Sophienblatt 6/8 (erstkl. Hotel). Hotel Germania, Jensenstraße 1 (erstkl. Hotel). Mädickes Hotel, Klinke 20. Muhls Hotel, Klinke 24.

Hotels in der Nähe des Versammlungslokals und in Düsternbrook: Holsts Hotel, Schloßgarten 1 (erstkl. Hotel). Centralhotel, Brunswikerstr. Hotel Düsternbrook, Düsternbrooker Weg 62. Hotel Seebadeanstalt, Düsternbrooker Weg 110 (erstkl. Hotel). Hotel Bellevue, Düsternbrooker Weg 152 (erstkl. Hotel). (Von den letzten drei Hotels aus ist das Versammlungslokal mit Linie 3 resp. 6 der elektr. Bahn zu erreichen.)

Der Vorstand:
Cramer. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Siemens. Tuczek.

Rechnungsabschluß für das Jahr 1911.

A. Kassenbestand vom Vorjahr	12374,04
B. Einnahmen:	
a) 566 Mitgliederbeiträge für 1911	2830,—
b) 2 " " 1912	10,—
c) Porto-Ersatz	17,23
d) Zinsen von nom. 3000 M. 3 1/2 % Pfandbriefe für 1911	105,—
e) Zinsen von nom. 2500 M. 3 % Pfandbriefe für 1911	75,—
f) Zurückzahlung von Vorschuß für Oberarzt Dr. Falkenberg	11,33
Mithin zusammen	15422,60
C. Ausgaben:	
a) Für Geschäfte des Vorstandes	150,95
b) " " der Schriftleitung, Vereinsschriften etc.	467,—
c) Für Geschäfte der Kassenführung	73,89
d) Kosten der Jahresversammlung in Stuttgart	98,80
e) Auslagen der Standeskommission	38,97
f) Auslagen der Kommission für das Idiotenwesen	80,60
g) Auslagen für den internation. Kongreß	4818,01
Summe der Ausgaben	5728,22
bleibt Bestand 9694,38 M.	
D. Vorhanden in	
Nom. 3000 M. 3 1/2 % Pfandbriefe; Ankaufswert	2930,85
Nom. 2500 M. 3 % Pfandbriefe; Ankaufswert	2168,35
Sparkassen-Einlage bei der Allg. Rentenanstalt Stuttgart	4440,—
Barbestand der Vereinskasse	155,18
	9694,38

Winnental, den 24. März 1912.

Der Kassenführer:
gez. Medizinalrat Dr. H. **Kreuser.**

Referate.

— **Sommer**, Die psychologischen Untersuchungsmethoden. Referat für die Versammlung des Deutschen Psychiater-Vereins in Stuttgart am 21. April 1911. Klinik für psych. und nervöse Krankheiten, 1911, Bd. VI, Heft 3. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

In diesem Referat gibt Verf. einen klaren umfassenden Überblick über den gegenwärtigen Stand der exakten Untersuchungsmethoden, indem er die Methodik selbst im wesentlichen als bekannt voraussetzt. Verf. bespricht zunächst die genaue Darstellung der optischen Erscheinungen, u. a. den Kinematographen und den sogen. Kammatographen. Bei der Dynamometrie finden die Beziehungen zwischen Einzelleistung und Arbeits- und Haltungskurve ihre Erörterung, daran schließt sich die experimentale Physiognomik an, u. a. mit der graphischen Registrierung der Gesichtsmuskulatur.

Interessant sind ferner die Ergebnisse Gartens, die Flüstersprache mittels Seifenblasen und Stahlspänen photographisch zu fixieren, um auf diese Weise eine deutliche Kurve zu erhalten.

Die bei den Neurosen so häufigen vasomotorischen Vorgänge wurden systematisch und methodisch zu messen versucht, desgleichen auch die sekretorischen Vorgänge, über die wir ja bekanntlich durch Pawlows tierpsychologische Studien den ersten Einblick erhalten.

Den Reflexen, spez. dem Kniephänomen und der Pupillenreaktion, widmet sich dann Verf., um darauf die rein psychologischen Methoden in den Kreis seiner Betrachtung zu ziehen, wobei die Untersuchungen über die Schulkenntnisse, die Intelligenz, die Vorstellungskomplexe, die Beeinflußbarkeit etc. erwähnt werden nebst den wichtigen Aussageversuchen bei Gedächtnisuntersuchungen nach Stern. Nach dem Einzel-Individuum wird dann noch auf die psychologische Familienforschung und auf die mystische Richtung in der Psychologie (Gedankenlesen, Fausse reconnaissance) kritisch eingegangen.

Die Lektüre dieses Referats läßt uns deutlich die Resultate und Fortschritte der exakten Messungsmethoden erkennen, deren Weiterentwicklung ja mit Recht noch ständig durch eingehende Studien zu fördern versucht wird. Kürbitz-Sonnenstein.

— Doernberger, Dr. Eugen, prakt. Arzt und Schularzt in München, Wie beeinflußt der körperliche Zustand die Lernfähigkeit der Schulkinder? Verlag der Ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München. 47 S. 1,20 M.

Verf. bespricht in Form von vier Vorträgen, die er vor der psychologisch-pädagogischen Gesellschaft in München gehalten hat, die Einflüsse der körperlichen Verfassung des Kindes auf die Schul- und Lernfähigkeit. — Wenn die Schrift auch dem Arzt nichts wesentlich Neues bringt, so liegt doch ihr Hauptwert in der Belehrung der Jugenderzieher, die sich nicht so gar selten ärztlichen Ratschlägen verschließen, und auch der Familie. Von diesem Gesichtspunkt aus ist den Ausführungen des Verf. eine möglichst weite Verbreitung zu wünschen.

Albrecht-Treptow.

— Dobrick, Die Not der Psychiatrie. Eulitz-Verlag. Lissa, 1911. 18 S.

Nachdem bereits Sommer eine psychiatrische Abteilung beim Reichsgesundheitsamt gefordert hatte, tritt Verf. warm für ein Zentralinstitut für Psychiatrie ein, analog dem Institut für Infektionskrankheiten, dem Krebsinstitut etc. Die Einrichtungen der Irrenanstalten (Bibliotheken, Laboratorien etc.) seien zu unvollkommen, um mit ihnen noch Erhebliches leisten zu können. Vor allem fehle es an einem exakten Erkennen der Ätiologie und damit auch an durchschlagenden therapeutischen Erfolgen; diesem Mangel soll nun das Zentralinstitut abhelfen, das Verf. auf breitester Basis (Provinzen, Verbände) angelegt wissen will. Für die Provinzialirrenanstalten blieben dann immer noch Wärterfrage, praktische Irrenfürsorge, forensische Psychiatrie u. dergl.

Zweifellos enthalten die Ausführungen des Verf. unendlich viel Richtiges; ob sich der Plan eines Zentralinstitutes mühelos wird verwirklichen lassen, erscheint mir zweifelhaft; einen Ausweg könnte man vielleicht mit Becker (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911, 69) darin finden, daß man jüngere Anstaltsärzte auf ein Jahr mit Klinikärzten austauscht oder ihnen wenigstens an den Universitätsinstituten die Möglichkeit zu weiterem Forschen gibt.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Stier, Untersuchungen über Linkshändigkeit und die funktionellen Differenzen der Hirnhälften; nebst einem Anhang „Über die Linkshändigkeit in der deutschen Armee". Fischer, Jena, 1911. 412 S., 10 M.

In einer großangelegten und ausführlichen Monographie behandelt Verf. die Erscheinung der Linkshändigkeit.

Die eine Hirnhälfte hat allmählich das Übergewicht gewonnen, sie ist leistungsfähiger, die Lautgebung zu dirigieren, feine Handbewegungen auszuführen etc. Dieses Übergewicht wird zum Teil auf die Nachkommen vererbt, zum Teil aber auch von jedem Individuum neu erworben.

Die Linkshänder gehen nach Verf. zurück, sie zeigen doppelt so häufig Degenerationszeichen als die Rechtshänder, die Linkshändigkeit ist eine „exquisit erbliche Eigentümlichkeit".

Ob sie allerdings „im Durchschnitt sozial weniger wertvolle Menschen" sind, will Ref. zweifelhaft erscheinen.

Beachtung verdienen auch Verf. Untersuchungen über die Linkshändigkeit in der deutschen Armee.

Auf Einzelheiten dieser ausführlichen und viel des Interessanten bietenden Studie einzugehen, ist leider im Rahmen eines kurzen Referates unmöglich, um so nachdrücklicher sei auf das Werk selbst hingewiesen. Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Halle a. S.** Der Neurologe Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Seeligmüller in Halle a. S. ist im Alter von 75 Jahren gestorben.

— **Magdeburg.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht, bekannt auch durch neurologische Arbeiten, im Alter von 58 Jahren gestorben.

— **Niedermarsberg.** Der Königl. preußische

Kronenorden 3. Kl. wurde verliehen dem Anstaltsdirektor a. D., Geh. San.-Rat Dr. Rubarth.

— **Ahrweiler.** Dem San.-Rat Dr. v. Ehrenwall, Direktor und Besitzer der Privatheilanstalt für Nerven- und Gemütskranke wurde der Titel eines Geh. San.-Rats verliehen.

— **Breslau.** Prof. Dr. Schröder und Dr. F. Kramer sind für das Sommersemester mit der vertretungsweisen Ausübung der Funktionen des Direktors und der ordentlichen Professur der psychiatrischen Klinik beauftragt. — San.-Rat Direktor Dr. Kleudgen, früher Leiter einer Privatirrenanstalt in Obernigk bei Breslau, ist gestorben.

— **Brieg i. Schl.** Oberarzt Dr. Dinter erhielt den Titel San.-Rat.

— **Tapiau.** Der Anstaltsarzt Dr. Willy Laber aus Godesberg ist vom 1. April d. Js. ab als Anstaltsarzt angestellt.

Oberarzt Dr. Gerhard v. Seidlitz scheidet mit dem 14. Mai d. Js. aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt aus.

Assistenzarzt Dr. Knab aus Merxhausen ist zum 15. Mai d. Js. als Anstaltsarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt einberufen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Posen'schen Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt **Kosten** (Schnellzugsstation) ist die Stelle eines **Assistenzarztes** zu besetzen. Gehalt 2000 M., jährlich steigend um 250 M. bis 2500 M., freie Station I. Klasse, gegenseitige dreimonatliche Kündigung. Im 4. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt mit 3600 M. Gehalt, alle 3 Jahre steigend um 500 bis 6000 M., als Oberarzt bis 7200 M. möglich.

Auf die dreijährige Assistenzarztzeit kann auch die in einer anderen als gleichwertig zu erachtenden Stellung zurückgelegte Dienstzeit außerhalb der Posen'schen Verwaltung ganz oder teilweise angerechnet werden. Bewerbungen mit Lebenslauf und amtlich beglaubigten Zeugnisabschriften sind zu senden an

Die Direktion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 8 | 25. Mai | 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die Vorlage des österreichischen Entmündigungsgesetzentwurfes.

Von Regierungsrat Dr. *Josef Schweighofer*, Salzburg, Landesheilanstalt Maxglan.

Die Entmündigungsvorlage hat die Ausschußberatungen durchgemacht und liegt dem Abgeordnetenhause vor.

Die Gegenvorstellungen, welche nahezu sämtliche Landes-Ausschüsse Österreichs und die Ärzte der Landesanstalten gegen dieselbe erhoben haben, wurden nur in untergeordneten Punkten berücksichtigt.

Es muß daher noch in letzter Stunde gewarnt werden, diese für das öffentliche Irrenwesen Österreichs katastrophale Vorlage zum Gesetze zu machen.

Die Entmündigungsvorlage enthält Bestimmungen, welche die Aufnahme und die Pflege der Kranken in den Anstalten betreffen. Nur derjenige darf gepflegt werden, der von der überprüfenden Gerichtskommission als geisteskrank erkannt wird, und nur so lange, als er vor ihr als krank befunden wurde! Die Vorlage fixiert dadurch gewissermaßen gesetzlich auf unabsehbare Zeit den Begriff geistiger Krankheit. Nur derjenige hat das Recht, geisteskrank zu sein, dem das Gericht dies gestattet, und nur so lange, als das Gericht es gestattet und die sicherlich örtlich und zeitlich verschiedene Spruchpraxis es zuläßt!

Noch vor 30 Jahren hat wohl kaum einer sich eine Vorstellung davon gemacht, wie das Krankenmaterial aussieht, das heute in den Anstalten unsere Hilfe sucht, und heute kann noch niemand sagen, wie weit die Anstaltspflege und die psychiatrische Therapie in den nächsten zehn Jahren sich entwickelt haben wird; z. B. bei den im Beginn stehenden Geistesstörungen, denen wir heute mit der zunehmenden Kenntnis der Ursachen unser Hauptaugenmerk zuwenden.

Es kann daher auch niemand heute schon die Stellung erfassen, welche nach dieser Zeit die Irrenanstalten zur übrigen Irrenfürsorge in der Familie und im Wirtschaftsleben einnehmen werden.

Noch vor 30 Jahren hat niemand an eine Irrenfürsorge gedacht, wie sie heute im Kanton Zürich durchgeführt ist und in Bayern*) geplant wird als Pflege in der eigenen Familie, an Irrenfürsorgestellen, wie sie in Deutschland bereits bestehen, zum Teil im Entstehen begriffen sind.

Nachdem die Anstalten nur ein Teil dieser Fürsorge sind, mit der sie zusammenarbeiten müssen, müssen sie sich auch an die verschiedenen Entwicklungen anpassen können, welche die Verhältnisse an sie stellen, und daher muß die Kodifizierung, wie sie die Vorlage trifft, verhängnisvoll sein für die Entwicklung der Anstalten und für die Entwicklung des ganzen Irrenwesens Österreichs, das heute überall die vielversprechendsten Ansätze zeigt, aber noch nirgends erkennen läßt, wie weit diese Entwicklung gelangen wird.

Daher müssen wir Anstaltsärzte, die wir praktisch mit diesen Fragen uns beschäftigen und täglich die Not der wirtschaftlichen Verhältnisse unserer Kranken und ihrer Familien vor Augen haben und sehen, wie schwer dieselben jetzt schon durch die bestehenden Aufnahmebestimmungen und richterlichen Begriffe bedrängt sind, warnen, jetzt Bestimmungen zu treffen, zu einer Zeit, wo solche verfrüht sind. **Daher warnen wir, die Frage des gewiß reformbedürftigen Entmündigungsgesetzes mit den Für-**

*) Kolb, Tagung bayer. Psychiater, 1911.

sorgeeinrichtungen und deren Überwachung zu verknüpfen.

Wir verfolgen dabei keine persönlichen Interessen, sondern nur die unserer Kranken und der Allgemeinheit, und unsere Bedenken gipfeln hauptsächlich in zwei Punkten: der Aufstellung von Vertrauenspersonen und den gerichtlichen Konstatierungen des Geisteszustandes.

Der Entwurf gibt dem zu Entmündigenden eine Vertrauensperson zur Seite, also auch den in die Anstalten aufgenommenen Geisteskranken. Dieselben haben unbeschadet der Aufstellung provisorischer Kuratoren die Aufgabe, die Rechte des Kranken zu wahren; sie haben das Recht, in alle Akten Einblick zu tun, von ihnen Abschriften zu machen und an allen Verhandlungen teilzunehmen.

Bei den meisten Kranken, welche in die Anstalten kommen, kann infolge ihres Zustandes von einem Vertrauen überhaupt nicht die Rede sein. Viele wären nicht einmal imstande, ein Vertrauen zu äußern, wenn sie es besäßen.

Der reizbare oder verstimmte, verzagte, und mancher an Verfolgungswahn leidende Kranke wird allerdings ein scheinbares Vertrauen zu äußern in der Lage sein. Die Aufgabe der Pflege muß es sein, dieses Vertrauen an den Arzt zu binden, was mitunter erst nach langen, für den Kranken aufreibenden inneren Kämpfen gelingt. Drängt sich in diese Phase eine Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes zwischen Arzt und Kranken, so verlängert sie diesen inneren Kampf, statt dem Kranken zu nützen. Jeder Irrenarzt kennt Geisteskranke, die sich heftig gegen die Internierung gesträubt und erst dann beruhigt haben, wenn sie eingewöhnt waren. Jeder weiß, wie störend selbst Besuche der Angehörigen in dieser Phase der Eingewöhnung auf den Kranken wirken und wie oft ein einzelner Besuch monatelange Arbeit umgeworfen hat, trotzdem mit vollem Takte seitens der Außenstehenden, der Angehörigen und Freunde, vorgegangen wurde. Jeder von uns weiß aber auch, wie selten ein solcher Takt gefunden wird und wie unbelehrbar und widersinnig in so vielen anderen Fällen gegen unsere Vertrauensstellung zum Kranken gesündigt, an unseren Maßnahmen kritisiert wird, und wie schwer wir heute schon unser Ziel der möglichsten individuellen Freiheit für alle Kranken aufrecht erhalten können, gegenüber psychopathischen Angehörigen, einsichtslosen Müttern, interessierten Verwandten und, bei Kriminellen, gegenüber nur zu oft moralisch minderwertigen Freunden.

Das Bestreben solcher reizbarer, paranoider oder insbesondere moralisch defekter Kranker geht natürlich dahin, aus der Internierung möglichst sofort herauszukommen. Das wäre an und für sich durch die gerichtliche Konstatierung zu erledigen, wenn Meinung gegen Meinung ruhig abgewogen würde. Dem ist aber nicht so, sondern wohl in jedem solchen Falle wird das Recht nach Freiheit begründet mit Anwürfen gegen die Pflege, Vorwürfen nicht entsprechender Behandlung, angeblicher Kränkungen, über deren Berechtigung selbst derjenige nicht immer sofort im klaren ist, der den Kranken kennt, der ihn täglich mehrmals sieht, der alle Beteiligten zu vernehmen in der Lage ist und der aus Erfahrung weiß, wie weit er sich auf die Aussagen derselben verlassen darf.

Jetzt stelle man sich vor, daß die Vertrauensperson des Gesetzes diese Äußerungen des Kranken verstehen, in ihrer Berechtigung abschätzen soll und sich, in ihrer Aufgabe die Interessen des Kranken zu wahren, zum Anwalt derselben machen muß, und man wird ohne weiteres verstehen, warum wir Anstaltsärzte aus dieser behördlichen Autorisierung von krankhaften Quärelen und wahnhafter Reizbarkeit nur eine endlose Reihe von Beunruhigungen für die Pflege, von Konfliktstoff mit der Umgebung und speziell den Vertrauenspersonen erwachsen sehen, und voraussagen, daß die heute nur auf einzelne sensationslustige Elemente beschränkte Psychiaterhetze sich dann auf alle Anstalten erstrecken wird.

Sie wird das, was heute nur in der Großstadt vegetiert, ins Land hinaustragen und eine solche Unmenge von Konfliktstoff und sensationellen Entstellungen der Tatsachen häufen, daß die Pflege und die Stellung der Anstalten zum Kranken leiden muß.

Man wird zwar, durch Beschränkungen der Besuche, taktlosen Eingriffen der Vertrauenspersonen zu begegnen versuchen, wird dies aber nur mit dem Opfer der Bewegungsfreiheit für die Kranken bezahlen. Von den Schwierigkeiten, welche uns in diesem Gebiete heute schon täglich begegnen, hat man offenbar bei der Schöpfung der Vorlage keine Ahnung gehabt.

Noch schwieriger wird die Stellung der Vertrauensmänner bei moralisch Defekten und insbesondere bei den leidigen Kriminellen werden, denn der Vertrauensmann ist berechtigt, in alle Akten Einblick zu nehmen und davon Gebrauch zu machen. Familienangelegenheiten, Krankheiten erblicher Art, Geschlechtskrankheiten der Angehörigen, die ja bekanntlich eine große Rolle in der Begründung der Diagnose spielen, Vermögensverhältnisse, Familien-

streitigkeiten und Zerwürfnisse werden ihm offenbar, und es gehört eine sehr theoretische Ansicht von dem Charakter der jeweiligen Vertrauensperson dazu, wenn man annimmt, daß sie davon nur in einer Form Gebrauch machen werde, welche das Zulässige nicht überschreitet. Verschwiegenheit ist leicht auferlegt, bekanntlich aber selten zu finden, und es ist vorauszusehen, daß aus solchen Verhältnissen unleidlicher Staub aufgewirbelt werden wird und selbst die ehrbarsten Familienbeziehungen durch die krankhaften oder verlogenen Äußerungen moralisch Defekter, infantiler oder hysterisch Entarteter vor der Öffentlichkeit auf das allerschwerste Schaden leiden werden. Diese praktische Konsequenz des Instituts von Vertrauenspersonen im Entwurf steht in keinem Verhältnisse zu der Notwendigkeit, einem theoretischen Bedürfnisse Rechnung zu tragen.

Wenn der Entwurf unseren Kranken Vertrauensmänner gegeben hätte, welche vermöge ihrer Stellung und Beschäftigung in der Lage sind, sich Erfahrung zu erwerben, wie die Berufskuratoren, oder welche vermöge freiwilliger Vorliebe sich die Erfahrung zu erwerben in der Lage sind, weil sie sich, z. B. in den Fürsorgevereinen, mit dem Geschick einer größeren Zahl Kranker praktisch beschäftigen, so würden wir keinen Einwand gegen diese uns beigegebenen Persönlichkeiten vorzubringen haben.

Aber man kann von uns nicht verlangen, daß wir mit der mühevollen Behandlung unserer Geisteskranken, die noch mühevollere Behandlung unwissender, jeglicher Erfahrung barer Vertrauenspersonen verknüpfen sollen, die für uns schon deswegen unbeeinflußbar sind, weil sie als gesetzlich autorisierte Träger des Gerichtsmißtrauens wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung von vornherein alles besser wissen wie wir.

Sehen wir somit aus der Aufstellung der Vertrauensmänner für uns nur eine Hydra von Konflikten erwachsen, deren wir niemals Herr werden können, weil sie sich täglich erneuert, so müssen wir dieselbe Befürchtung hegen aus der gerichtlichen Überwachung der Irrenanstalt.

Wir wären selbst froh, wenn es heute gelänge, eine Form zu finden, durch welche die Irrenfürsorge gesetzlich geregelt werden könnte, ohne den Kranken zu schaden. Wir haben vor Dezennien selbst nach Irrenfürsorgegesetzen verlangt und gehofft, uns die Verantwortung dadurch erleichtern zu können; aber heute sind die allermeisten, und darunter die namhaftesten Psychiater, wie Kraepelin und Laehr, davon längst abgekommen. Warum? Nicht deshalb, weil wir fürchten, in unserem von der Außenwelt als Allmacht betrachteten Herrschertum in den Anstalten etwas preisgeben zu müssen, sondern nur, weil sich heute das ganze Irrenwesen in einem so rapiden Umschwunge befindet, daß es eine gesetzliche Kodifizierung von Detailfragen noch nicht verträgt.

Wir wären gerne bereit, einen Teil unserer Verantwortung uns durch eine gerichtliche Konstatierung der geistigen Gesundheit oder Krankheit unserer Anstaltsinsassen abnehmen zu lassen.

Jedoch alljährlich mehrt sich die Zahl der Grenzfälle, die wir erst neu verstehen lernen, und alljährlich mehren sich im Wirtschaftsleben die Reibungspunkte für diesen Teil unserer Kranken.

Ich habe in dem Aufsatze über „Aufnahme und Entlassung" sowie über „den österr. Gesetz-Entwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Ärzte an den öffentlichen Landes-Anstalten"*) ausführlich angeführt, wie schwer es ist, solche Grenzfälle nicht nur moralisch Defekter, sondern besonders beginnender Psychosen zu erkennen. Ich gestehe zu, daß ich trotz gewissenhaftester Untersuchung manche Fälle gesehen habe, in denen ich mich zu Ungunsten der Kranken geirrt habe, und Leute für nicht derart geisteskrank betrachtet habe, daß sie anstaltsbedürftig wären, die ich später in ausgeprägter Geisteskrankheit wieder gesehen habe.

Ganz das Gleiche kann ich von Autoritäten des Faches behaupten, und das Studium der beginnenden Geistesstörungen ist keineswegs so weit gesichtet, daß Irrungen zu Ungunsten des Kranken von uns vermieden werden könnten, die wir den Kranken ganz anders untersuchen und viel genauer beobachten, als der zur Konstatierung der Geisteskrankheit bestellte Richter und öffentliche Arzt. Solche Fehler werden naturgemäß dann sich häufen, wenn die Konstatierung der Krankheit nicht mehr in unserer Hand, sondern in derjenigen des Gerichtes liegt. Sie werden sich häufen, je genauer das Gericht seine Aufgabe zu erfüllen trachtet bezw. je mehr Gerichtsmißtrauen es uns entgegenbringt.

Damit ist aber gleichbedeutend, daß man die Irrenanstalten von der Behandlung solcher Fälle ausschließt. Da das Bedürfnis aber nicht vor diesem Gesetzesparagraphen Halt machen wird, so wird man für solche Fälle andere Unterkunftsstellen errichten

*) Verhandlungen des österr. Irrenärztetages in Linz, 6. Oktober 1911. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, XIII, Nr. 41.

müssen. Wir werden also wieder Beobachtungs-Abteilungen bekommen und die Irrenanstalten werden ihre Kranken aus zweiter Hand bekommen (die Nachteile dieses Verfahrens für die Kranken und den Rechtsschutz derselben habe ich in den beiden obigen Aufsätzen ausführlich auseinandergesetzt), und die Irrenanstalten werden mehr oder weniger den Charakter der Siechenhäuser bekommen, geleitet von Ärzten, welche genügend Flexibilität oder Gleichgültigkeit besitzen, um sich von ihrer unfruchtbaren und unselbständigen Tätigkeit nicht abschrecken zu lassen.

Damit ist aber den Anstalten und ihren Kranken nicht gedient, denn die Fortschritte des Irrenwesens und die freie Behandlung verlangen täglich und stündlich, daß der Arzt im Bewußtsein seiner vollen Überzeugung auch gewillt ist, etwas zu wagen. Auf diese Art haben wir die heutige Pflegeform erreicht, nicht aber, weil Gerichte und Vertrauensmänner uns dazu getrieben haben oder gar weil die Regierung uns dabei geholfen hätte, im Gegenteil, die Geschichte gar mancher Anstalten und Anstaltsreformen weiß nur von Hindernissen zu erzählen, welche man ihnen seitens der Regierung in den Weg gelegt hat.

Was ist also mit dieser gerichtlichen Konstatierung, die unsere Anstalten schädigen wird, erkauft? Die Befriedigung eines logisch gewiß einwandfreien Mißtrauens, daß alles menschliche Erkennen Irrungen unterworfen ist und daß menschliches Handeln bona oder mala fide fehlerhaft ist. Praktisch besteht aber dieses Mißtrauen heute nur in den Köpfen einzelner Theoretiker. Die große Menge der Tausende von Geisteskranken, die alljährlich zur Aufnahme kommen, teilt dasselbe nicht, noch weniger die Verwandten, die den Kranken in voller Verzweiflung und Sorge um ihn und ihre wirtschaftliche Existenz in die öffentlichen Anstalten bringen; diese denken gar nicht daran, sie haben auch kein Verständnis für derartige Theorien.

Die Konstatierung durch die Gerichte besteht in Österreich seit Jahren, sie ist aber neben dem Reverse die odioseste Maßregel der ganzen Irrenpflege. Jeder von uns weiß, wie oft diese Maßregel die Ursache war, daß man mit der Unterbringung des Kranken zögerte, besonders bei kleinen Geschäftsleuten und selbständigen Arbeitern, die wirtschaftlich von der diskretionären Behandlung der Krankheit ihres Ernährers abhängig sind.

Die Vorlage hat immer jene bemittelten Klassen im Auge, von welchen behauptet wird, daß sie Gesunde in Anstalten hineinschwindeln könnten; sie vergißt darüber die harte Not der Tausende von Unbemittelten am Lande und in den erwerbenden und arbeitenden Ständen der Städte.

Jeder weiß, mit welch schwerer Sorge die Angehörigen der gerichtlichen Konstatierung eines noch leidlich besonnenen Kranken entgegensehen, jeder weiß Fälle, wo der Kranke nach dieser Konstatierung uns entsetzt frug: bin ich denn jetzt wirklich ein Narr?

Jeder weiß, wie peinlich diese Konstatierung bei beginnenden Geisteskrankheiten auf den Kranken wirkt und wie sie z. B. bei Gebildeten der Anlaß war, an jedem Trostworte zu zweifeln, das ihm die Schwere seiner Situation, z. B. bei beginnender Paralyse, hinwegtäuschen sollte. Dem Kranken ist diese theoretische Wohltat, die zur Wahrung seiner persönlichen Freiheit erfunden wird, in allen Fällen gleichgültig, auch dann, wenn er, wie z. B. ein Paranoiker, damit in Freiheit zu kommen hofft, aber natürlich nicht kommt.

Jeder von uns weiß, wie schwer die von Zeit zu Zeit fortlaufenden Konstatierungen heilbarer Erkrankungen mit ihren Kosten das Budget solcher Familien belasten, die gerade noch nicht arm genug sind, um das Armenrecht zu erhalten. Ich weiß Fälle, wo man deshalb die Unterbringung des Kranken *in die* Anstalt vermied, um nicht wieder die Ausgaben der Konstatierungen tragen zu müssen.

Noch mehr aber schädigt die Konstatierung die Stellung des Kranken zur Anstalt. Das Gericht ist eine gefürchtete Einrichtung, man mag mit demselben nicht in Berührung kommen. Gericht und Strafe sind assoziierte Begriffe; es ist kein Wunder, wenn der kranke Geist mit der gerichtlichen Konstatierung den Begriff verbindet, als Übeltäter betrachtet zu werden, bestraft zu werden, besonders dann, wenn Depression oder Angstzustände entsprechende Wahnbildungen bringen. Der Schutz seiner persönlichen Freiheit ist ihm ein unverständliches, doktrinäres Postulat, und es zeigt nur, daß man die Wirklichkeit, das Denken der Kranken und das Empfinden ihrer Angehörigen, ganz und gar nicht kennt, wenn man solche Voraussetzungen verallgemeinert. Der „konstatierte" Kranke weiß aber, sofern er noch von den Vorgängen der Konstatierung Notiz nimmt, daß er jetzt nach gerichtlicher Untersuchung in die Anstalt eingesperrt ist, und das macht die Anstalten erst recht zu Gefängnissen in den Augen des Kranken.

Wäre die Konstatierung in den öffentlichen Anstalten nur auf solche Fälle beschränkt, in welchen von einem Verwandten, einer Behörde, einer Armenorganisation oder z. B. einer Fürsorgeorganisation

(im Sinne meiner Ausführungen l. c.) Einsprache gegen die Internierung erhoben wird, so würde sie, meines Erachtens, allem Gerichtsmißtrauen Genüge leisten, ohne die Pflege der öffentlichen Anstalten so schwer zu schädigen, wie dies durch die Form geschieht, welche die Vorlage gewählt hat.

Das Mißtrauen, das angeblich gegen die Irrenanstalten besteht, wird aber auch durch die Konstatierung keineswegs verschwinden, im Gegenteil, es wird neuen Stoff bekommen, denn bekanntlich ist heute keine Behörde Autorität genug, um jeder Kritik unserer kritiklustigen Öffentlichkeit und jeder Sensationsmache des in den Zeitungen verkörperten öffentlichen Gewissens Stand zu halten.

Erreicht ist also damit nichts.

Und deshalb warnen wir heute dringend davor, mit der Entmündigungsvorlage Maßnahmen zu verquicken, welche diesen theoretischen Postulaten Rechnung tragen. In zehn oder zwanzig Jahren kann unser öffentliches Irrenwesen, wenn es sich so weiter entwickelt, Formen angenommen haben, welche wir heute noch gar nicht ahnen. Die Entmündigungsvorlage ist aber nicht für zehn und zwanzig Jahre gemacht, und es ist ein Zusammenwerfen von nicht Zusammengehörigem, wenn man das Entmündigungsverfahren mit Fürsorgemaßregeln verbindet, die sich vielleicht in zehn Jahren schon überlebt haben werden.

Dann wird man es bedauern, heute einer Theorie zuliebe die Entwicklung unseres ganzen öffentlichen Irrenwesens im Keime erstickt zu haben; dann ist es aber zu spät, denn dann wird man mit einer voreingenommenen öffentlichen Meinung rechnen müssen, die vielleicht auch an nützlichen Maßregeln zweifelt.

Unser Wunsch geht also dahin, man möge diesen Teil der Vorlage, der sich mit der öffentlichen Irrenfürsorge beschäftigt, ausscheiden und warten, bis die nötigen Erfahrungen gesammelt sind, und man möge in dem Teil, welcher dem angeblichen Mißtrauen die Konzession des Vertrauensmannes bringt, die obige Form eines Berufskurators oder Vertrauensmannes der Fürsorgeorganisation wählen.

Damit wäre die Kritik des Gesetzes, soweit es die öffentlichen Irrenanstalten betrifft, allerdings noch nicht erschöpft, doch wollen wir uns bescheiden, wenn wir nur das Allernotwendigste erreicht haben. Die Verhältnisse der Irrenanstalt sind schwer verständlich für jeden, der außen steht, selbst nicht einmal für Ärzte, die zwar Psychiater sind, aber nicht in Anstalten leben und arbeiten. Es ist kein Wunder, wenn Irrungen und falsche Auffassungen unterlaufen, besonders dann, wenn man ein scheinbar so logisch gefügtes Ganzes vor sich hat wie die Vorlage.

Einblick in die Verhältnisse des Anstaltslebens haben heute wohl nur die autonomen Behörden, in deren Verwaltung die öffentlichen Anstalten stehen, darum ist es uns um so unbegreiflicher, daß dem Proteste derselben nicht mehr Gewicht beigelegt und nicht einmal der Inhalt desselben richtig gewürdigt wurde, wie wir oben ausführten.

Möge es in letzter Stunde gelingen, ein offenes Ohr für unsere Warnungen zu finden, die wir ohne jedes materielle Interesse, nur unseren Kranken zuliebe, der Beurteilung der gesetzgebenden Körperschaften unterbreiten.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Fortsetzung.)

§ 1508.

Zuzugeben ist der Revision, daß der Ehescheidungskläger den vollen Tatbestand des § 1568 BGB., und zwar einschließlich derjenigen Umstände, aus denen sich das Verschulden des anderen Ehegatten ergibt, darzutun hat (vergl. z. B. Urteil des Senats vom 8. Mai 1905, IV 603/04, auszugsweise abgedruckt im Recht 1905, pag. 343). Dieser Beweispflicht wird der Kläger in der Regel dann genügen, wenn er einen Sachverhalt darlegt, der bei einem Menschen von normaler Geistesbeschaffenheit ein Verschulden ergeben würde. Bestreitet der beklagte Ehegatte letztere, indem er behauptet, daß er unter dem Einflusse einer krankhaften Geistesstörung gehandelt habe, so kann der Kläger nicht schon deswegen abgewiesen werden, weil es nicht gelungen ist, geradezu die Unrichtigkeit der Behauptung der Beklagten zu erweisen. Es ist vielmehr im einzelnen Falle zu entscheiden und wesentlich Frage der tatsächlichen Würdigung, ob sich nach den Umständen des Falles ein Bedenken gegen die Verantwortlichkeit des Beklagten rechtfertigen läßt. Das BG. konnte

daher auch im vorliegenden Falle ohne Rechtsverletzung zu dem Ergebnis kommen, daß die Beklagte im Hinblick auf das negative Ergebnis der über ihren Geisteszustand erhobenen Beweise die Verantwortung für ihre Verfehlungen nicht von sich ablehnen könne. S. c. S., U. v. 5. Nov. 1910, 118/10 IV.-Stettin.

J. W. pag. 99.

§ 1568, 1571.

Die Trunkfälligkeit des Beklagten ist — von dem nach der Zeugenaussage der Frau S. festgestellten, etwa in das Jahr 1899 fallenden Vorgange abgesehen — so wenig in die äußere Erscheinung getreten, daß der BerR. selbst zugibt, eine Betrunkenheit sei von einigen Zeugen, nämlich, soweit ersichtlich, gerade von den Zeugen, deren Aussagen zu den gegen die Beklagte getroffenen Feststellungen geführt haben, niemals bemerkt worden. Auf die Zeugenaussage der beiden Stiefsöhne der Beklagten diese Feststellungen zu stützen, hat der BerR. einerseits zwar abgelehnt; er erklärt jedoch diese Aussagen andererseits dennoch im vollen Umfange für glaubhaft. Beide Zeugen wollen, wie sie übereinstimmend bekunden, den Kläger darauf aufmerksam gemacht haben, „daß die Mutter tränke“. Sie fügen jedoch hinzu, daß der Kläger dies nicht geglaubt habe. Dem tritt nun sogar hinzu, daß der Kläger wenigstens in früheren Jahren die Beklagte gerade seinerseits „häufig zum Alkoholgenuß animiert hat“. Auch dies stellt der BerR. selbst fest. Bei dieser Sachlage ergeben sich rechtliche Zweifel zunächst dagegen, daß die Beklagte, soweit sie alkoholische Getränke genossen hat, sich dadurch einer schweren Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig gemacht hat. Trank sie gewohnheitsmäßig mehr, als sich für eine Frau guter Sitte entsprechend geziemte, so handelte sie damit noch nicht ehrlos oder im Sinne des Gesetzes unsittlich. Das eine oder andere traf nur zu, wenn ihre Unmäßigkeit soweit ging, daß sie ihr nach den herrschenden Ehebegriffen einen gänzlichen Verlust der äußeren Achtung einzubringen vermochte oder wenn sie dem allgemeinen sittlichen Empfinden in schroffer Weise zuwiderlief. Und um eine schwere Eheverfehlung handelte es sich nur dann, wenn die Verfehlung an und für sich, auch abgesehen von den Umständen des besonderen Falles, geeignet war, die eheliche Zuneigung eines von rechter ehelicher Gesinnung erfüllten Ehegatten unwiederbringlich zu zerstören. In der Person des Klägers ferner konnte diese Folge und damit die Zerrüttung der Ehe jedenfalls solange nicht eingetreten sein, als der Kläger, wenn er auf die üble Gewohnheit der Beklagten aufmerksam gemacht wurde, dies selbst nicht wahrhaben wollte. Ist sie späterhin dennoch eingetreten, so fragt es sich immer noch, ob die Ehezerrüttung so beschaffen ist, daß dem Kläger die Fortsetzung der Ehe nicht mehr zugemutet werden kann. Hat bei einem vorhandenen Hange zum Trunk der Kläger es unterlassen, nach Möglichkeit darauf hinzuwirken, daß die Widerstandsfähigkeit gegen den Anreiz und die sittliche Kraft zu seiner Überwindung bei der Beklagten gestärkt wurden, hat er vielmehr durch sein Verhalten selbst dem Überhandnehmen dieses Anreizes in wesentlichem Maße Vorschub geleistet, so wird die erforderliche objektive Abwägung durch den Richter des Eheprozesses nicht dahin führen dürfen, ihn einer solchen Zumutung für überhoben zu erachten. (RG. 11. Februar 1911.) J. W. pag. 369.

§ 1569.

Treten epileptische Anfälle und deren Begleiterscheinungen (Dämmerzustände, Delirien u. dergl.) so häufig auf, daß krankheitsfreie Zwischenräume nur mehr eine Ausnahme bilden, so ist die geistige Gemeinschaft als aufgehoben zu erachten. (Nürnberg, 6. März 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3191.

§ 1569.

Daß das BG. den Begriff der geistigen *Gemeinschaft* im Sinne des § 1569 BGB. verkannt hätte, ist nicht ersichtlich. Wie das RG. wiederholt ausgesprochen hat, ist der Eintritt des sogenannten geistigen Todes, also vollkommener Verblödung, des Ehegatten zur Scheidung wegen Geisteskrankheit nicht erforderlich. (J. W. 1905, 395.) Im vorliegenden Falle sind vom BG. Umstände festgestellt, die in der Tat geeignet sind, die geistige Gemeinschaft der Ehegatten aufzuheben. Denn die Beklagte wird von Wahnvorstellungen beherrscht, die gerade in den wichtigsten Punkten des geistigen Zusammenlebens der Ehegatten das dazu unbedingt notwendige gegenseitige Vertrauen und Verständnis ausschließen und ein gemeinsames Fühlen und Denken unmöglich machen. Bei einer solchen tiefinnerlichen Entfremdung der Ehegatten erscheint das geistige Band gelöst, auch wenn durch Zeugenbeweis das Vorhandensein einer gewissen äußeren, vom geisteskranken Ehegatten betätigten Fürsorge für die Familie dargetan werden könnte. (RG. 16. Februar 1911.)

J. W. pag. 370.

§ 1833.

Der Vormund haftet nicht über die in seinem Lebenskreise übliche und forderbare Sorgfalt hinaus. (RG. IV. 7. Oktober 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3829.

§ 1833.

Der Pfleger eines Taubstummen kann dafür haftbar gemacht werden, daß er den Pflegling nicht zu entsprechender Arbeit angehalten hat. (RG. IV. 7. Oktober 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3831.

§ 1906.

Ist die Entmündigung wegen Verschwendung beantragt, so kann die vorläufige Vormundschaft gleichwohl wegen Verdachts der Geistesschwäche erfolgen.

Eine Rechtsverletzung liegt nicht darin, daß das Beschwerdegericht einen Grund zur Besorgnis der Vermögensgefährdung in Erklärungen fand, die auf Willensschwäche deuten und möglicherweise auch einen Antrag auf Entmündigung wegen Geistesschwäche begründen könnten. Denn es besteht keine Vorschrift, daß der Grund der Besorgnis nur aus den Tatsachen abgeleitet werden darf, auf die der Entmündigungsantrag gestützt wird. Überdies dürfen bei der Beurteilung der Entmündigung wegen Verschwendung die Charakteranlage und die Sinnes- und Denkweise des zu Entmündigenden nicht außer Betracht gelassen werden. (RG. 30. Januar 1905.)
D. R. Entsch. Nr. 762.

§ 1906.

Ausbeutung durch dritte kann als Grund der vorläufigen Bevormundung in Betracht kommen.

Das Beschwerdegericht durfte auch nicht unberücksichtigt lassen, daß nach der Behauptung der Antragstellerin Joseph St. dadurch der Gefahr der Ausbeutung ausgesetzt ist, daß er sich in den Händen von eigennützigen Unterhändlern und Detektiven befindet, denen er blindlings folgt, und mußte nötigenfalls auch in dieser Hinsicht von Amts wegen die zur Feststellung der Tatsachen erforderlichen Ermittlungen veranstalten. (BayOLG. 5. Januar 1911.)
D. R. Entsch. Nr. 761.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Rothschildstiftung in Wien.** Die aus einer Stiftung des verstorbenen Baron Nathaniel Rothschild errichtete Nervenheilanstalt Rosenhügel geht ihrer Vollendung entgegen und dürfte Anfang Juli dieses Jahres zur Eröffnung kommen. Die Anstalt ist am Rosenhügel in Speising gelegen (Wien, 13. Bezirk, Riedelgasse Nr. 5) und ist die erste Volksnervenheilanstalt in Österreich. Sie ist nach den Bestimmungen des Stifters zur Aufnahme von solchen Nervenkranken bestimmt, denen eine Anstaltsbehandlung Heilung oder Besserung ihres Leidens zu bringen vermag und die sich wegen der Beschränktheit ihrer Mittel die erforderliche Anstaltsbehandlung anderweitig nicht zu beschaffen vermögen. Kranke mit schweren Gehirn- oder Rückenmarksveränderungen und Geistesgestörte sind von der Aufnahme ausgeschlossen. In Hinsicht auf Nationalität und Konfession liegt keine Beschränkung vor, jedoch müssen die Kranken österreichische Staatsbürger sein; in erster Linie werden Kranke berücksichtigt, die nach Wien zuständig oder in Wien wohnhaft sind. Ansuchen um Aufnahme in die Nervenheilanstalt Rosenhügel werden schon jetzt entgegengenommen und sind schriftlich an das Kuratorium der Nathaniel Freiherr v. Rothschildschen Stiftung für Nervenkranke in Wien, 1. Bezirk, Hohenstaufengasse Nr. 10, zu richten. Die Aufnahmswerber haben ihre österreichische Staatsbürgerschaft durch irgendein amtliches Dokument, aus dem die Zuständigkeit zweifellos zu ersehen ist, nachzuweisen und durch Vorlage eines Armuts- oder Mittellosigkeitszeugnisses, eines Arbeits- oder Dienstbotenbuches oder auf sonst geeignete Weise darzutun, daß ihnen die Mittel zum Gebrauch der erforderlichen Kur außerhalb der Anstalt Rosenhügel fehlen. In dem Gesuche ist ferner anzugeben, ob der Aufnahmswerber in der Lage ist, den mit 3 K. 20 H. für den Tag festgesetzten Verpflegskostenbeitrag ganz oder zur Hälfte zu bezahlen. Aufnahmswerber, die ein Armutszeugnis, ein Dienstboten- oder ein Arbeitsbuch beibringen und keiner zahlungspflichtigen Krankenkasse angehören, werden von der Zahlung eines Verpflegskostenbeitrages auf jeden Fall befreit; bezüglich der übrigen Aufnahmswerber entscheidet das Kuratorium. Jeder Aufnahmswerber muß sich, bevor ihm die Aufnahmsbewilligung zuteil wird, zur Feststellung seines Krankheitszustandes und seiner Eignung für die Anstaltsbehandlung einer Untersuchung durch einen vom Kuratorium bestimmten Arzt unterziehen und erhält zu diesem Zwecke eine Vorladung. Diese Untersuchung ist auch dann unerläßlich, wenn der Aufnahmswerber seinem Gesuche ein Krankheitszeugnis beigelegt hat. (Neues Wiener Tageblatt, 10. Mai 1912.)

— **Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (e. V.)** sendet den Mitgliedern seinen elften Jahresbericht. Es wird darin ein Zuwachs von 24 Vertrauenspersonen und **1299** Mitgliedern verzeichnet. Dementsprechend haben auch die laufenden Beiträge eine erfreuliche Steigerung erfahren; sie betrugen insgesamt **31 175,16 M.** An einmaligen Beiträgen flossen der Kasse außerdem 523 M. zu, so daß die Gesamtsumme der laufenden Einnahmen, einschließlich der 2421,74 M. ausmachenden Zinsen mit **34 119,90 M.** zu Buch steht. 394 öffentliche Kassen von Städten, Gemeinden, Kirchen und Vereinen beteiligten sich mit 4594 M. Beiträgen. Die Mitglieder verteilen sich auf 1433 Städte und Ortschaften. Der Regierungsbezirk Düsseldorf allein bringt in 277 verschiedenen Orten 11 500 M. auf. — An Kranke und deren Ange-

hörige wurden im Berichtsjahre 22886,55 M. und außerdem die Zinsen der Stiftung des früheren Hilfsvereins für Geisteskranke im Regierungsbezirk Düsseldorf im Betrage von 902,01 M., insgesamt also **23768,56 M.** verteilt. Das Vereinsvermögen, das im vergangenen Jahre eine Vermehrung von etwa 6000 M. erfahren hat, beträgt gegenwärtig etwa 87000 M. — Mit dem weiteren Anwachsen dieses Kapitals dürfte auch der Zeitpunkt immer näher rücken, an welchem der langgehegte Gedanke, die Fürsorge des Vereins auch auf Nervenkranke und insbesondere Epileptische auszudehnen, greifbare Gestalt annehmen kann. — Der Bericht empfiehlt angelegentlich die Errichtung von Fürsorgestellen in den Gemeinden — bezw. Angliederung an bereits bestehende geeignete Organisationen — unter Heranziehung von Frauen, denen sich hier ein dankbares Arbeitsfeld auf dem Gebiete sozialer Hilfeleistung erschließt. — Die edlen und segensreichen Bestrebungen des Hilfsvereins für Geisteskranke sind der nachhaltigen Unterstützung und freundlichen Förderung aller guten Menschen wert; sie tragen den schönsten Lohn in sich selbst.

— Die neue **rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg** bei Cleve wird am 3. Juli feierlich eröffnet werden. Der Minister des Innern hat zu der Feier sein Erscheinen zugesagt. In der Anstalt sind jetzt schon 1300 Kranke untergebracht. Sie ist für 2200 Kranke berechnet und besteht aus über 100 einzelnen Gebäuden, zwischen denen eine Straßenbahn den Verkehr vermittelt. Sie hat Elektrizitätswerk, Wasserwerk, Schlachthof und eine Fernheizanlage, die die größte in Europa sein soll. Drei Gutshöfe gehören zur Anstalt und werden mit Hilfe der Kranken bewirtschaftet. Mit dem Personal und dessen Angehörigen werden die Anstaltsgebäude über 3000 Einwohner haben.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 9. 1. Juni **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen. Direktor: Geheimrat Dr. Kayser.

Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Hypnotikum.

Von Medizinalpraktikant *V. Grzibek.*

Die außerordentlich große Anzahl von Schlafmitteln in unserem Arzneischatz spricht dafür, daß wir ein ideales Schlafmittel noch nicht besitzen, ein Schlafmittel, das man längere Zeit hindurch ohne Nachwirkung und ohne Gefahr für den Patienten und mit stets gleichbleibendem Erfolge geben könnte. Sind wir daher gezwungen, auf ein und denselben Patienten längere Zeit hindurch mit Beruhigungsmitteln einzuwirken, so ist es von großem Vorteil, mit dem Mittel so oft wie möglich zu wechseln. Es ist daher auch nicht zu verwundern, daß jedes neue Schlafmittel sofort aufgenommen und sorgfältig erprobt wird.

In den letzten Jahren hat man besonders Kombinationen von narkotischen Mitteln angewandt und dabei große Erfolge gesehen. Diesen zunächst rein praktischen Erfahrungen hat dann Bürgi auf Grund seiner zahlreichen systematischen Prüfungen eine theoretische Grundlage gegeben: Eine Kombination von chemisch verwandten, gleichartig wirkenden Narkotizis gibt nur Addition ihrer Einzelwirkungen; sind die kombinierten Mittel dagegen miteinander nicht chemisch verwandt, so kommt es zu einem über die Summe der Einzelwirkungen hinausgehenden Effekt, zu einer Potenzierung. Bürgi führte diese erhöhte Wirkung bei Vergesellschaftung chemisch verschiedenartiger Narkotika darauf zurück, daß eine Zelle aus verschiedenen Narkotizis, für die sie auch verschiedene Rezeptoren hat, in der Zeiteinheit mehr an wirksamer Substanz aufnehmen kann als aus der doppelten Menge jeder einzelnen, während Fühner diese verstärkte Wirkung mehr durch eine Besserung der physikalisch-chemischen Verhältnisse bei der Aufnahme der Narkotika in die Zelle, durch eine Erhöhung der Löslichkeit in den Lipoiden des Zentralnervensystems zu erklären sucht. Jedenfalls haben sich Kombinationen von narkotischen Mitteln bewährt. Ich möchte nur an die Mischnarkose erinnern, an das Scopolamin-Morphium, Scopolamin-Pantopon, das Chloralmorphin, das v. Noordensche Pulver (Veronal, Phenazetin und Codein. phosphor.), das jetzt als Veronazetin in den Handel kommt, an das Dormiol, Trigemin, Migränin, Hypnal, Somnal etc.; schließlich könnte man das Pantopon selbst hierher zählen.

Eins der neuesten Mittel mit der potenzierten Wirkung ist das Codeonal, eine Kombination der als Schlafmittel sehr geschätzten Diäthylbarbitursäure und des ungiftigsten Alkaloids aus der Morphingruppe, des Codeins, und zwar ist das Codein als eine starke Base mit der Diäthylbarbitursäure nach Art eines Salzes verbunden zu diäthylbarbitursaurem Codein, und da dieses allein zu viel Codein enthält, um als Schlafmittel wirksam zu sein, so sind zu zwei Teilen Codein. diäthylbarbituric. 15 Teile Natrium diäthylbarbituric. hinzugesetzt. In dieser Mischung wird das Präparat als Pulver und in Form von überzuckerten Tabletten, von denen jede 0,02 Codein. diäthylbarbituric. und 0,15 Natr. diäthylbarbituric. enthält, von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. in den Handel gebracht, die uns in dankenswerter Weise größere Mengen der Tabletten zu Versuchszwecken überlassen hat.

Angewandt habe ich das Mittel als Beruhigungs- und Schlafmittel bei zwei Frauen und 30 Männern, oft in langer Wiederholung, bei schweren melancholi-

schen Angstzuständen, bei seniler Demenz mit ihren akut auftretenden Verwirrtheitszuständen, bei Katatonie, Dementia praecox paranoides, Paralyse, Manie, Paranoia chronica, bei den Verwirrtheits- und Aufregungszuständen Imbeziller, Degenerierter und Idioten, schließlich in Selbstversuchen bei nervöser Agrypnie.

Ich begann meine Versuche mit der Dosis von zwei Tabletten (= 0,04 Codein. diäthylbarbituric. + 0,3 Natri. diäthylbarbituric.). Doch hat sich mir erst die Gabe von zwei Tabletten mit Zugabe einer dritten nach einer halben Stunde bewährt. Bei den schwereren Erregungen gab ich 2 + 1 und nach einer Stunde noch eine Tablette. Um Schlaf für die Nacht und Beruhigung für den folgenden Tag zu erzielen, ging ich bis zu sieben Tabletten, indem ich abends vier, morgens drei Tabletten gab. Bei dieser Dosierung haben wir von unerwünschten Nebenwirkungen nichts gesehen, insbesondere wurde über Eingenommenheit des Kopfes und Müdigkeit am Morgen, auch wenn in der Nacht fünf Tabletten angewandt worden waren, nie geklagt. Magenschmerzen und Erbrechen, Obstipation, Eiweiß im Urin wurden auch nach längerem Gebrauch in großen Dosen nicht beobachtet, ebensowenig eine Schädigung des Kreislaufs oder eine Herabsetzung der Körpertemperatur.

Im großen und ganzen konnten wir eine sedative Wirkung am Tage, eine hypnotische bei Nacht, wenn wir bei leichten Erregungen drei, bei schwereren vier, nur äußerst selten fünf Tabletten anwandten, beobachten. So gut wie nie trat Schlaf während des Tages auf, teils wohl wegen des kurzen Zeitraums seit der letzten Nachtruhe, teils wegen der Einwirkung der Reize der Außenwelt. Ein deutlicher Effekt des Codeonals trat in der Mehrzahl der Fälle erst nach $^3/_4$ Stunden ein. Besonders bewährt hat sich uns das Mittel, und war da den anderen Narkotizis sicher, glaube ich, überlegen, bei den schweren Angstzuständen Depressiver, insbesondere augenfällig bei den zwei melancholischen Frauen, bei denen ich das Mittel anwandte. Die eine, die schon jahrelang, ein Bild des Jammers, fortwährend mit weinerlicher Stimme ihre Versündigungsideen und ihre Unruhe und Angst äußerte und Tag für Tag, Nacht für Nacht großer, bis hart an die Grenze des Erlaubten gehender Dosen von Sedativis bedurfte, reagierte auf drei, später vier Codeonal sehr prompt. Auch bei der anderen, die in furchtbarer Angst fortgesetzt aus dem Bette drängte, sich an jedermann anklammerte und jammerte und die ebenfalls mit sehr großen Schlafmitteldosen schon behandelt worden war, tat das Codeonal in Dosen von drei bis vier Tabletten am Abend seine Schuldigkeit. Die Kranke schlief 5 bis $7^1/_2$ Stunden in der Nacht und war meistens, wohl infolge der Nachwirkung des Codeonals, auch am folgenden Tage ruhig. Doch flaute nach einiger Zeit die Wirkung der Tabletten ab und ich mußte zu immer höheren Dosen greifen, so daß Patientin schließlich sieben Tabletten in 24 Stunden nehmen mußte. Eine Nachwirkung der am Abend gegebenen Tabletten im Sinne einer Beruhigung am folgenden Tage glaube ich auch bei manischen Erregungen gesehen zu haben.

Sechsmal nahm ich das Mittel wegen nervöser Schlaflosigkeit. Zwei Tabletten bewirkten da immer einen tiefen Schlaf von $6^1/_2$ bis 7 Stunden.

Die sedative wie hypnotische Wirkung der Tabletten bei unseren Kranken war jedoch nicht selten, ebenso wie wir es auch mit unseren altbewährten Schlaf- und Beruhigungsmitteln erfahren hatten, keine gleichmäßige. Genau wie bei den anderen Narkotizis sahen wir, daß oft kleine Gaben genügten, um eine deutlich beruhigende oder schlafmachende Wirkung zu erzielen; manchmal wieder, bei genau denselben Zuständen und denselben Kranken versagten sie, auch in größeren Dosen. Besonders fiel diese unregelmäßige Wirkung des Mittels bei den Erregungszuständen aus der Gruppe der Dementia praecox auf. Auch einige vollkommene Versager waren zu verzeichnen. So ließen uns bei einer akuten Aufregung eines Paralytikers und einem schweren manischen Anfall eines Imbezillen, bei dem aber auch andere Sedativa in großen Mengen keine Wirkung gehabt hatten, fünf Tabletten auf einmal gegeben gänzlich im Stich. Aber auch bei den schweren Erregungen anderer Art, wo unsere alten Mittel noch prompt ihre Wirkung taten, versagte das Codeonal nicht allzu selten.

Auf Grund unserer Erfahrungen halten wir das Codeonal für ein Narkotikum, das geeignet ist, uns bei Zuständen von Schlaflosigkeit und bei nicht allzu schweren Aufregungszuständen der verschiedensten Psychosen Gutes zu leisten, ohne daß es den Organismus in den gewöhnlichen Dosen in irgendeiner Beziehung schädigt. Besonders bei Melancholie dürften, auch bei stärkerer Erregung, weitere Versuche empfehlenswert sein. Bei sonstigen sehr schweren Erregungen versagt das Codeonal in der Regel. Sind wir gezwungen, längere Zeit hindurch mit Narkotizis vorzugehen, so ist uns das Codeonal ein willkommenes Mittel zur Abwechslung. Auch wird die Anwendung des Codeonals wegen seiner Unschädlichkeit besonders bei körperlich reduzierten Kranken angebracht sein.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. XI.

Aus der Literatur des Jahres 1911 zusammengestellt

von Privatdozent Dr. *W. Vorkastner*, Oberarzt an der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

(Schluß.)

§ 2238.

Der aus § 1922 des I. Entwurfs wörtlich und unbeanstandet übernommene § 2238 Abs. 2 spricht ohne Beifügung des bestimmten oder unbestimmten Artikels von „Geschriebenem" schlechthin und deutet schon hiermit an, daß nur ein abstraktes Lesevermögen verlangt wird. Lesen können heißt, den Sinn des Geschriebenen erfassen können. Aus dem Zwecke des Gesetzes ergibt sich weiter, daß der in der Form des § 2238 testierende Erblasser „wenigstens in der Lage sein muß, unzweifelhafte Kunde vom Inhalte der Schrift zu haben". So Motive zu § 1922 des I. Entwurfs 5, 277. Hieraus folgt, daß der Erblasser auch der Sprache mächtig sein muß, in der das von ihm übergebene Schriftstück abgefaßt ist. Um das in dieser Sprache Geschriebene lesen zu können, müssen ihm endlich auch die ihr eigentümlichen Schriftzeichen soweit geläufig sein, daß er sie zu Wörtern und Sätzen zusammenfassen und auf diesem Wege sich mit dem Sinne des Geschriebenen geistig vertraut machen kann. Ein mehreres aber wird vom Gesetze nicht verlangt. (RG. 30. März 1911.) J. W. pag. 489.

VI. Zivilprozessordnung.

§ 44.

Die Entscheidung über Anträge (z. B. über ein Ablehnungsgesuch), die von einer festgestelltermaßen geschäftsunfähigen, mit einem gesetzlichen Vertreter nicht versehenen Partei ausgehen, ist abzulehnen. (Colmar, 18. Oktober 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 3673.

§ 144, 286, 371.

Einer Zuziehung von Sachverständigen ist im angeführten Beweisantrag selbst nicht gedacht. Ob und in welcher Weise bei dem beantragten Augenschein oder sonst im Rechtsstreit Sachverständige zuzuziehen seien, stand und steht an sich im Ermessen des Gerichts; hat es sich selbst die nötige Sachkunde zugetraut und deshalb Sachverständige nicht zugezogen, so könnte darauf ein Revisionsangriff mit Erfolg nicht gestützt werden. Ob in der Tat aus diesem Grunde in der Vorinstanz Sachverständige nicht zugezogen worden sind, ist dem angefochtenen Urteil nicht zu entnehmen; ein besonderer Anlaß, ich hierüber zu äußern, bestand für das BG. nicht, weil ein dahin gehender Antrag nicht gestellt war. (RG. 16. Februar 1911.) J. W. pag. 371.

§ 286.

Zur Vernehmung weiterer Sachverständiger kann das Gericht auch nicht dadurch genötigt werden, daß der Beweisantrag als Zeugenbenennung eingekleidet wird. Nur von dem Zeugen angestellte Berechnungen konnten im vorliegenden Falle als erheblich in Betracht kommen. Dabei handelt es sich aber um ein Gutachten, das auf Grund früherer Beobachtungen abzugeben gewesen wäre. Ob dieses weitere Gutachten noch beizuziehen war oder ob die bereits vorliegenden Gutachten ausreichten, um die Überzeugung des Gerichts von dem Werte des Leichters zu begründen, stand im Ermessen des Tatrichters. (RG. I. 19. Oktober 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 173.

§ 286.

Auch auf Tatsachen, die erst gelegentlich der Vernehmung von Sachverständigen zur Kenntnis des Gerichts gekommen sind, darf das Urteil gestützt werden. (RG. I. 19. Oktober 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 174.

§ 286.

Die Vernehmung eines Sachverständigen über angebliche Geisteskrankheit kann nicht deshalb abgelehnt werden, weil er sich bereits früher für Geistesschwäche ausgesprochen habe.

Das OLG. nimmt an, der Sachverständige werde, da er früher sich für Geistesschwäche der Klägerin ausgesprochen habe, die jetzt behauptete völlige Geschäftsunfähigkeit nicht bestätigen können. Aber abgesehen davon, daß dieser Entscheidungsgrund zunächst auf der irrigen Annahme beruht, im Falle einer bloßen Geistesschwäche könne von einer Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Nr. 2 BGB. keine Rede sein, konnte und durfte das OLG. in eine Würdigung des beantragten Beweises erst dann eintreten, wenn und nachdem dieser Beweis erhoben worden war; es konnte nicht vorhersehen, in welchem Sinne sich der Sachverständige aussprechen werde, und es durfte daher nicht die Beweiswürdigung vorwegnehmen. Die Erhebung des beantragten Beweises lediglich deshalb abzulehnen, weil nicht zu erwarten sei, daß die Beweisaufnahme das gewollte Ergebnis haben werde, war unzulässig und verstieß gegen den § 286 ZPO. (RG. V. 10. Dezember 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 798.

§ 287.

Das Gericht kann einen ursächlichen Zusammenhang auch gegen die Sachverständigengutachten annehmen, wenn ihm hohe Wahrscheinlichkeit gegeben erscheint. (RG. V. 17. November 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 359.

§ 383 Ziff. 5.

Der Arzt kann sein Zeugnis nicht verweigern auf die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit eines von ihm behandelten Verstorbenen, welcher während der Zeit der Behandlung letztwillige Verfügungen getroffen hat. (Dresden, 20. Oktober 1910.)

D. R. Entsch. Nr. 802.

§ 404.

Es war nicht, wie die Revision geltend macht, eine Gesetzesverletzung, wenn das BG. eine Berücksichtigung des von der Beklagten beigebrachten Privatgutachtens des Dr. G. ablehnte. Der von der Revision für sich angerufenen Entscheidung des VII. ZS. des RG. vom 16. Juni 1905 (J. W. 1905, 537) kommt, wie sich schon aus dem Urteile desselben Senats vom 3. April 1903 (RG. 54, S. 260, 269 ff.) ergibt und wie sich der jetzt erkennende Senat in seinem Urteile vom 8. Dezember 1906 ausgesprochen hat, allgemeine Bedeutung nicht zu. Nach § 404 ZPO. stand es vielmehr ganz im Ermessen des BG., ob es das beigebrachte unbeeidigte Privatgutachten berücksichtigen wollte; eine Verpflichtung zu dessen Berücksichtigung bestand nicht; das BG. war vielmehr berechtigt, dem Privatgutachten, schon weil es unbeeidigt war, eine entscheidende Bedeutung abzusprechen. (RG. vom 8. Februar 1911.)

J. W. pag. 373.

§ 623.

Darüber, ob eine Eheverfehlung durch Nervosität entschuldbar erscheint, braucht das Gericht Sachverständige nicht zu hören.

Die Revision rügt die Ablehnung der Vernehmung des praktischen Arztes Dr. Kr. als Zeugen für die krankhaft nervöse Aufregung der Beklagten. Das Urteil bemerkt hierüber, das Bestehen einer krankhaften Nervosität sei für die Zeit bis 1895 in gewissem Umfange bestätigt, das Gericht habe indes zum Teil auf Grund des persönlichen Eindrucks bei der Vernehmung die Überzeugung erlangt, daß das nervöse Leiden zu keiner Zeit ein so schweres gewesen sei, daß der Beklagten die Fähigkeit der Selbstbeherrschung gefehlt habe. Durch diese Ausführung findet auch der Antrag auf Vernehmung des Dr. Kr. seine Erledigung. Welcher Einfluß einem nervösen Leiden auf die Entschuldbarkeit der Eheverfehlung beizumessen ist, hat das Prozeßgericht selbständig zu beurteilen, ohne daß es einen Sachverständigen zuzuziehen braucht; es war dazu auch sehr wohl imstande, da es die Beklagte persönlich gehört hatte und die von ihr geschriebenen Briefe, die über einen sehr langen Zeitraum sich erstrecken, (von 1895 bis in die letzte Zeit) einen genügenden Einblick in die wechselnden Gemüts- und Erregungszustände der Beklagten gestatten. (RG. IV. 7. Okt. 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3846.

§ 650.

Unzulässig ist die Überweisung der Verhandlung und Entscheidung über die Entmündigung, wenn die Vernehmung des zu Entmündigenden durch einen ersuchten Richter (§ 654 Abs. 2 ZPO.) voraussichtlich zu demselben Ergebnis wie die Vernehmung durch den erkennenden Richter führen würde.

§ 650 ZPO. läßt es ausnahmsweise zu, das bereits eingeleitete Entmündigungsverfahren an das — an sich (§ 648 ZPO.) unzuständige — Amtsgericht des Aufenthaltsortes zu überweisen, „wenn es *mit Rücksicht* auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint." Vorausgesetzt wird hierbei insbesondere, daß der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden eine irgendwie ausschlaggebende Bedeutung für die schließliche Entscheidung beigemessen werden kann. Es genügt somit keineswegs, daß der zu Entmündigende sich außerhalb des Amtsbezirks des mit der Entmündigung befaßten Gerichts, insbesondere in einer auswärtigen Irrenanstalt aufhält und dort zu vernehmen ist; vielmehr müssen besondere Umstände hinzukommen, die gerade im einzelnen Falle es erforderlich erscheinen lassen, daß der zu Entmündigende durch den erkennenden Richter unmittelbar vernommen wird. (Colmar, 23. Dezember 1910.) D. R. Entsch. Nr. 380.

§ 654.

Der Kläger ist im Entmündigungsverfahren vor dem AG. und im vorliegenden Anfechtungsprozeß in erster Instanz persönlich unter Zuziehung eines Sachverständigen vernommen worden, nicht aber in der Berufungsinstanz. Die Revision rügt, daß letzteres unterblieben ist. Der Oberreichsanwalt hält die Rüge für begründet. Dem ist zuzustimmen. Seit Inkrafttreten der Zivilprozeßnovelle vom 17. Mai 1898, durch welche der § 654 ZPO. seine jetzige Fassung

erhalten hat, hat das RG. in gleichmäßiger Rechtsprechung angenommen, daß der Entmündigte im Verfahren auf die Anfechtungsklage nicht bloß in erster, sondern auch in der Berufungsinstanz unter Zuziehung eines Sachverständigen persönlich vernommen werden muß, wenn nicht die im § 654 Abs. 3 ZPO. vorgesehenen Ausnahmefälle vorliegen.

Die Ansicht ist hergeleitet aus der Stellung des § 671 im System der ZPO., aus dem Zwecke des Gesetzes, der dahin geht, eine möglichst zuverlässige Beurteilung des Geisteszustandes des zu Entmündigenden zu gewährleisten, und aus der Begründung der Vorschrift in den Motiven: Die erneut vorgenommene Prüfung der Frage gibt dem Senat keinen Anlaß, von der bisherigen Ansicht abzugehen. (H. c. Staatsanwaltschaft, U. v. 15. Dez. 1910, 55/10 IV.-Naumburg.) J. W. pag. 190.

§ 671.

Die Vernehmung des Entmündigten nach § 654 ZPO. muß in der Berufungsinstanz wiederholt werden.

Die erneut vorgenommene Prüfung der Frage gibt dem Senat keinen Anlaß, von der bisherigen Ansicht abzugehen (J. W. 1901, pag. 80, 1905, pag. 53; RGZ. Bd. 57, pag. 330; „Recht" 1907, Nr. 1717.) Mit Unrecht beruft sich das OLG. auf § 526. Diese Vorschrift gilt allerdings auch in Entmündigungssachen, und es kann also in der mündlichen Verhandlung unbedenklich das Protokoll über die in erster Instanz bewirkte persönliche Vernehmung des Anfechtungsklägers vorgetragen werden. Für Entmündigungssachen gilt aber außerdem die besondere Vorschrift des § 671 ZPO., daß unter allen Umständen die persönliche Vernehmung des Entmündigten in der Berufungsinstanz wiederholt werden soll, und diese wird durch § 256 nicht berührt. Daß der persönliche Eindruck auch entgeht, wenn die Vernehmung gemäß § 654 Abs. 2 ZPO. durch einen ersuchten Richter erfolgt und in vielen Fällen der ersuchte Richter und der zuzuziehende Sachverständige dieselben Personen sind, wie im amtsgerichtlichen Verfahren, beweist nur, daß eine unzweckmäßige Gesetzesanwendung den Zweck des Gesetzes vereiteln kann. Erachtet das OLG. die wiederholte Vernehmung durch den ersuchten Richter unter Zuziehung der früher gehörten Sachverständigen für bedeutungslos, so ist es in der Lage, die Vernehmung vor dem beauftragten Richter oder dem erkennenden Gerichte und die Zuziehung eines anderen Sachverständigen zu beschließen und es so zu vermeiden, lediglich um des Wortlauts des Gesetzes halber eine leere Formalität auszuführen. Entscheidend ist, daß das OLG. die wiederholte Vernehmung nach seiner Begründung deshalb ablehnt, weil es sie für unerheblich hält Aus diesem Grunde durfte aber die Vernehmung nicht unterbleiben. Das ergibt sich besonders deutlich daraus, daß die Novelle von 1898 die im § 598 a. F. (= 654) Abs. 3 vorgesehene Ausnahme, wonach die Vernehmung unterbleiben konnte, wenn sie nach Ansicht des Gerichts für die Entscheidung unerheblich war, in Wegfall gebracht hat. Die Ansicht des Reichsgerichts hat auch in der Literatur allgemein Zustimmung gefunden. (RG. IV. 15. Dez. 1910.) D. R. Entsch. Nr. 809.

VII. Haftpflichtgesetz.

§ 1.

Der Revision konnte der Erfolg nicht versagt werden, da der Auffassung des BG., daß die Frau des Klägers zu 2 „bei dem Betriebe" körperlich verletzt worden ist, nicht beigetreten werden kann. Zur Begründung dieser Auffassung wird im angefochtenen Urteil folgendes ausgeführt. Ein mit den Betriebsgefahren in unmittelbarem Zusammenhang stehender Schaden liege bei der Frau allerdings nicht vor. Das sei aber auch nicht Voraussetzung der durch das Haftpflichtgesetz gegebenen Entschädigungspflicht. Wenn, wie hier, ein an sich bei dem Betrieb erfolgter Unfall vorliege, so sei auch eine psychische Einwirkung, die eine Körperverletzung verursache, einen Schadensersatzanspruch nach diesem Gesetz zu begründen dann geeignet, wenn sie durch den Betriebsunfall herbeigeführt worden sei. Dabei sei aber erforderlich, daß der psychische Schaden unmittelbar durch das Miterleben des Unfalls, nicht erst durch eine kürzere oder längere Zeit später vermittelte Nachricht von dem Unfall verursacht werde. (RG. 68, 48.) Wenn nun auch nicht erwiesen sei, daß die Frau den Sturz ihres Kindes aus dem Wagen mit angesehen habe, so genüge doch, daß die Wahrnehmung des Unfalls im übrigen, sei es durch sofortiges Vermissen des Kindes oder durch Ausrufe des Schreckens oder sofortige Mitteilung der Mitreisenden, so unmittelbar gewesen sei, daß auf ihren Eindruck der Schaden zurückzuführen sei. Diese Ausführungen verkennen die Bedeutung der Worte „beim Betrieb" im § 1 Haftpflichtgesetz. Wie der erkennende Senat in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, ist ein Mensch bei dem Betrieb einer Eisenbahn als verletzt anzusehen, wenn die Verletzung in einem äußeren (zeitlichen und örtlichen) sowie in einem inneren Zusammenhang mit einem bestimmten Betriebsvorgang steht. Dieser innere Zusammenhang muß ein unmittelbarer sein; hieran fehlt

es im vorliegenden Falle gerade so, wie in demjenigen, der dem vom BG. angezogenen Urteil des erkennenden Senats zugrunde lag. (Wird weiter ausgeführt. Königl. preuß. Eisenbahnfiskus c. H.) (U. v. 30. Januar 1911, 615/09 VI.)

J. W. pag. 333.

§ 1. (§ 254 BGB.)

Wenn auch jemand in Verwirrung über die Geleise von einem Bahnsteig zum andern läuft und dabei vom Zuge überfahren wird, hat er seinen Unfall überwiegend (dreiviertel) selbst verschuldet. (RG. VI. 26. Mai 1911.) D. R. Entsch. Nr. 3003.

§ 1. (§ 254 BGB.)

Geht ein die Straße überquerender geistig minderwertiger Taubstummer, nachdem er einen Straßenbahnwagen vorbeigelassen hat, weiter, ohne auf einen von der andern Seite her herannahenden Wagen zu achten, und wird er dabei unter Mitwirkung eines Verschuldens des Wagenführers überfahren, so rechtfertigt es sich, die Straßenbahn zu dreiviertel haften zu lassen.

Die Unterlassung des Verletzten ist milde zu beurteilen, da ihm, einer geistig abnorm beschränkten Person, die Überlegung schwer fiel. Dazu kommt eine durch das Verschulden des Wagenführers gesteigerte Betriebsgefahr, denn als dieser den Verletzten achtlos auf die Geleise zuschreiten sah, läutete er bloß, unterließ aber, sofort zu bremsen, trotz der ziemlich schnellen Fahrt, trotz der geringen Entfernung und trotz der auffällig unachtsamen Haltung des Verletzten. (RG. VI. 27. Februar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1832.

§ 1.

Eine Unfallneurose kann nicht auf eine gesteigerte Empfindlichkeit als auf „höhere Gewalt" zurückgeführt werden, noch auch als im Rechtssinn nicht verursacht angesehen werden, wenn der Zusammenstoß objektiv geeignet war, eine derartige Neurose hervorzurufen.

Beide Wagen stießen sehr heftig gegeneinander, unter außerordentlichem Klirren und Krachen. Die Köpfe der Pferde ragten durch das zertrümmerte Fenster hinein und die Fahrgäste wurden mit Glassplittern bedeckt. Dieser außergewöhnliche Zusammenstoß versetzte nicht bloß den Kläger, sondern auch die übrigen Fahrgäste in großen Schrecken. Der Kläger wußte vor Schreck nicht, was ihm geschehen sei. Nach diesen Feststellungen kann von einem geringfügigen Betriebsunfall, der die Schreckneurose des überempfindlichen Klägers nur als nebensächliche Gelegenheitsursache herbeigeführt hätte, keine Rede sein. (RG. VI. 5. Januar 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1050.

VIII. Gewerbeordnung.

§ 30.

Unter einer Privatkrankenanstalt ist eine auf eine gewisse Dauer berechnete Einrichtung zu verstehen, die unter Darbietung der erforderlichen Räumlichkeiten der Aufnahme der Kranken auf längere Zeit behufs deren Heilbehandlung und Pflege zu dienen bestimmt ist; ob die Anstalt im größeren oder kleineren Umfange betrieben wird, ist gleichgültig. Nicht erforderlich ist, daß der Unternehmer die heilkundige Leitung in eigener Person übernimmt. Er kann diesen Zweig der Gesamtleitungstätigkeit auch einem andern, der nicht notwendig approbierter Arzt zu sein braucht, z. B. einem Naturheilkundigen, übertragen. (BayOLG. 13. März 1909.)

Jahrb. pag. 289.

IX. Gesetz betr. die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher usw. Geschäfte zu gewährenden Vergütungen.

§ 3.

Ein Arzt, der den Auftrag hatte, den Angeklagten während seines Aufenthalts in der Irrenanstalt in bezug auf seinen Geisteszustand zu beobachten und demnächst ein Gutachten darüber zu erstatten, ist in dem Falle, daß von dem ursprünglich in Aussicht genommenen schriftlichen Gutachten später abgesehen und der Sachverständige nach längerer Beobachtung des Kranken nur in der Hauptverhandlung vernommen worden ist, unter Anwendung der allgemeinen Grundsätze über Entschädigung der Sachverständigen zu entschädigen; es ist ihm also auch nach diesen Grundsätzen eine Entschädigung für die Zeit, die er auf die Vorbereitung des mündlich erstatteten Gutachtens hat verwenden müssen, zuzusprechen. (KG. 11. Juni 1909.)

Jahrb. pag. 421.

X. Gebührenordnung.

§ 13.

Wo besondere landesgesetzliche Taxvorschriften für Medizinalbeamte bestehen, kommen lediglich diese zur Anwendung, und zwar in Preußen sowohl für Medizinalbeamte als auch für den nicht beamteten

Arzt, wenn er zu den im § 1 bis 6 Preuß. Gesetz vom 6. März 1872, betr. die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen, und vom 17. September 1876 betr. die Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten, bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert wird. (RMG. II. 23. Januar 1909.)

Jahrb. pag. 248.

XI. Versicherungsrecht.

Erfolglos sucht die Revision geltend zu machen, daß die Sachwürdigung des Vorderrichters gegen die durch die Rechtsprechung des RG. festgelegten Grundsätze für die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Tod und Unfall verstoße. Der erkennende Senat hat für Vertragsbestimmungen desselben und ähnlichen Inhalts, wie er hier in Betracht kommt, den Grundsatz aufgestellt und festgehalten, daß der Unfall als ausschließliche und unmittelbare Ursache des Todes noch bezeichnet werden kann, wenn eine gewisse Empfänglichkeit des Körpers des Versicherten für die nachteilige Einwirkung des Unfalls vorhanden ist, wie sie durch allmählich eintretende natürliche Zustände, wie Alter und Schwächung einzelner Organe oder der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Körpers, herbeigeführt wird. Im übrigen hat der Senat öfters betont, daß die Anwendung der betreffenden Bestimmungen keine schematische sein darf, es vielmehr auf den Einzelfall ankommt, ob noch gesagt werden kann, daß der Unfall die alleinige Ursache des Todes gewesen ist. Dabei ist das RG. keineswegs, wie die Revision meint, nur in solchen Fällen zur Verneinung der Zahlungspflicht der Versicherungsgesellschaft gelangt, wenn eine zum Tode mitwirkende Krankheit bei Gelegenheit des Unfalls in die äußere Erscheinung getreten ist, aber auch ohne den Unfall in absehbarer Zeit den gleichen schweren Verlauf genommen hätte. In nicht wenigen Rechtsfällen, in welchen ein krankhafter Zustand des Versicherten dargetan war, wurde ausschlaggebende Bedeutung der Frage beigemessen, ob ohne jenen Zustand der Unfall schädigende Folgen gehabt haben würde, und für den Fall der Verneinung dieser Frage angenommen, daß der Unfall nicht als alleinige oder ausschließliche Ursache des Todes bezw. der Erwerbsunfähigkeit des Versicherten aufgefaßt werden könne. Hierbei war in mehreren Fällen, in welchen der Versicherte nach dem Unfall verstorben war, tatbestandlich die Möglichkeit gegeben, daß er ohne den Unfall noch lange hätte leben können (vergl. J. W. 1907, pag. 210, 272, 749; 1908 pag. 348, 564, 346; 1909 pag. 468; RG. 68, 68 und das Urteil vom 5. Januar 1911 in der Sache VII 75/10). Wenn in einzelnen Fällen (vergl. die schon angeführte Entscheidung J. W. 1907, pag. 272) durch einen zum tödlichen Ausgang mitwirksamen krankhaften Zustand des Versicherten die Zahlungspflicht der Versicherungsgesellschaft nicht oder nicht unbedingt für ausgeschlossen erachtet wurde, so erklärt sich dies aus der Gesamtsachlage, die bei weitaus ursächlicher Bedeutung des Unfalls es zuließ, den krankhaften Zustand nur als eine besondere Empfänglichkeit des Körpers für die Unfallfolgen zu beurteilen. (RG. 31. März 1911.)

J. W. pag. 551.

Sind nach den Bedingungen nur solche Unfälle entschädigungspflichtig, die „nachweislich direkt und nicht durch irgendwelche Krankheiten vermittelt den Tod herbeigeführt haben“, ist der Versicherte aber gestorben, weil er bei dem Unfall infolge einer Herzmuskelentartung gleichzeitig einen Schlaganfall erlitten hat, so handelt es sich nicht lediglich um eine „Empfänglichkeit“, sondern um eine mitwirkende „Krankheit“.

Die Sachverständigen hatten die bei Ausübung des Polizeidienstes erhaltene Kopfverletzung zwar als wahrscheinliche Todesursache bezeichnet, aber sich andererseits dahin ausgesprochen, daß sie ohne die von ihnen festgestellte Krankheit des Herzens den Tod nicht herbeigeführt haben würde. Diese Feststellung läßt sich durch die Annahme einer bloßen die Entschädigungspflicht nicht ausschließenden „Empfänglichkeit“ nicht beseitigen. Die Ärzte hatten ausdrücklich von einer Krankheit gesprochen. Hätte auch E. ohne den Unfall vielleicht noch lange leben können, so wird damit jene krankhafte Entartung des Herzens als mitwirkende Ursache des Todes nicht beseitigt. Dabei ist zu bemerken, daß E. bei seinem Tode erst 38 Jahre alt war, daß daher die Arterienverkalkung nicht ohne weiteres als eine gewöhnliche, mit dem zunehmenden Alter eintretende Erscheinung angesehen werden kann. Darauf, daß die bestehende Herzerkrankung bisher noch verborgen geblieben war und erst durch den Unfall erkennbar geworden ist, kommt es nicht an. Entscheidend ist nur, ob sie auch als Ursache des Todes gelten muß. (RG. VII. 5. Januar 1911.) D. R. Entsch. Nr. 1049.

Von einem Leiden an Ohnmachten kann keine Rede sein, wenn der Versicherte nur in einem einzelnen Falle infolge äußerer, nicht auf eine krankhafte Grundlage zurückzuführenden Einflüsse einen vorübergehenden, ohne nachteilige Folgen gebliebenen Ohnmachtsanfall gehabt hat.

Eine objektiv unrichtige Beantwortung der verneinten Antragsfrage: „Haben Sie an Blutungen, Ohnmacht, Gicht . . . gelitten? Wann litten Sie an diesen Krankheiten? Welcher Arzt behandelte Sie an diesem Leiden?“ liegt demnach überhaupt nicht vor, wenn es sich darum handelt, daß ein Offizier nach ungenügendem Schlaf und anstrengendem nüchtern angetretenen Dienst einen Ohnmachtsanfall gehabt hat. (RG. VII. 14. März 1911.)

D. R. Entsch. Nr. 1830.

Der BerR. stellt fest, daß H. schon vor dem Abschluß des Versicherungsvertrages, und zwar mindestens bereits seit dem 23. Januar 1904 an Epilepsie gelitten hat und daß er daher eine objektiv falsche Angabe gemacht hat, wenn er am 11. März 1904 die in der Deklaration enthaltene Frage, ob er je mit Schwindel, Ohnmacht oder Epilepsie oder sonstigen Krämpfen behaftet gewesen sei, verneint hat. Der BerR. hält aber nicht für erwiesen, daß H. diese Angabe wissentlich als falsche gemacht hat. Er führt aus: „Mit Rücksicht auf die Fassung der Frage sei anzunehmen, daß als „mit Schwindel oder Ohnmacht behaftet“ nicht derjenige anzusehen sei, bei dem als einem im übrigen Gesunden solche Anfälle auftreten; vielmehr seien nur solche Anfälle gemeint, die auf krankhafter Grundlage beruhten. Es sei aber nicht anzunehmen, daß H. sich darüber klar gewesen sei, die eintretenden Schwindel- und Ohnmachtsanfälle seien auf eine Erkrankung zurückzuführen, eine harmlose Erklärung der Anfälle hätten für ihn seine geschäftlichen Sorgen und Überanstrengung im Berufe bilden können. Daß die Anfälle epileptischer Natur waren, habe H. als Laie nicht erkennen können. Gegen diese Ausführungen ergeben sich schon in tatsächlicher Beziehung wesentliche Bedenken. Der BerR. stellt fest, daß die Anfälle, die auch als „Anfälle mit Krämpfen“ bezeichnet werden, mit Bewußtlosigkeit verknüpft waren und sich alle Wochen wiederholten, so daß vor der Deklaration etwa sieben Anfälle, vielleicht weniger, vorgekommen seien. Es ist schwer einzusehen, daß H., ein kräftiger, erst 32 Jahre alter, das Fleischergewerbe betreibender Mann, von derartigen sich häufenden Anfällen angenommen haben könne, sie beruhten nicht auf krankhafter Grundlage. Hat er auch diese Erscheinungen auf geschäftliche Sorgen und Überanstrengung zurückgeführt, so schließt das nicht aus, daß er als Folge dieser schädlichen Einflüsse eine Erkrankung als nunmehr eingetreten angesehen hat, durch die jene Anfälle ausgelöst wurden. Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb H. nicht angenommen hat, die „Anfälle mit Krämpfen“ seien als „Krämpfe“ im Sinne der Deklaration anzusehen und deshalb bei Beantwortung der Frage Nr. 4 anzuzeigen. Der BerR. hat aber auch unterlassen, den Sachverhalt von dem besonderen rechtlichen Standpunkt aus zu prüfen, der sich aus folgendem ergibt: Hat der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand besonderer von dem Versicherer gestellten Fragen anzuzeigen, so wird regelmäßig angenommen werden können, daß der Versicherungsnehmer seiner Anzeigepflicht genügt, wenn er diese Fragen richtig beantwortet. Es lassen sich aber auch Fälle denken, in denen eine solche Beantwortung nicht ausreicht und der Versicherungsnehmer selbständig zu prüfen verpflichtet ist, ob er nicht gewisse ihm bekannte Umstände, auch ganz abgesehen von den gestellten Fragen, dem Versicherer anzuzeigen hat, weil sie offenbar für die Übernahme der Gefahr wesentlich sind. Denn mit Rücksicht darauf, daß der Versicherungsvertrag im besonderen Maße von Treu und Glauben beherrscht wird, muß der Versicherungsnehmer in vollem Umfange und nicht nur in formaler, sondern auch in sachlicher Beziehung als zur Wahrhaftigkeit verpflichtet angesehen werden. Dieser Grundsatz, der aus der Natur des Versicherungsvertrages mit Notwendigkeit sich ergibt, hat besondere Anerkennung z. B. in dem § 2026 Teil II Tit. 8 des freilich im vorliegenden Fall nicht anwendbaren preuß. ALR. gefunden; dort ist bestimmt, daß die Versicherung unverbindlich ist, wenn der Versicherte Umstände verschweigt, die nach dem vernünftigen Ermessen der Sachkundigen auf den Entschluß des Versicherers, sich in den Vertrag einzulassen, hätten Einfluß haben können. Es ist nicht ausgeschlossen, daß im Streitfall bei nochmaliger Prüfung des Sachverhalts der BerR. zu der Ansicht gelangt, daß schon nach diesem allgemein anzuwendenden Grundsatz H. die Verpflichtung gehabt hat, der Beklagten, ehe sie den Versicherungsvertrag schloß, von jenen offenbar für den Entschluß, die Versicherungsgefahr zu übernehmen, wesentlichen Anfällen Mitteilung zu machen. (B. c. H., Urt. vom 14. Oktober 1910, 602/09 VII. Karlsruhe.) J. W. pag. 61.

Mitteilungen

— **Internationaler Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie.** Die Schweizerische neurologische Gesellschaft hat am 5. Mai in Lausanne beschlossen, der ihr zuteil gewordenen Aufforderung, den nächsten internationalen Kongreß für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie zu organisieren, Folge zu leisten. Dieser Kongreß soll im Jahre 1914 bei Gelegenheit der Landesausstellung in Bern stattfinden. Das Organisationskomitee wurde bestellt aus den Herren Dubois-Bern, Präsident, von Monakow-Zürich, Ladame-Genf, Schnyder-Bern, Bing-Basel, Veraguth-Zürich mit der Bestimmung, daß der Verein schweizerischer Irrenärzte gebeten werden soll, seinerseits zwei Vertreter in das Komitee zu delegieren. Mit dem für Dezember dieses Jahres in Aussicht genommenen internationalen Irrenfürsorgekongreß in Moskau steht obiger Kongreß in keiner Beziehung.

— Das **Gesetz über die Anstaltsfürsorge für Geisteskranke im Königreich Sachsen** soll am 1. Oktober 1913 in Kraft treten. Infolgedessen sind neben dem zu beschleunigenden Ausbau der Anstalt Arnsdorf alsbald umfängliche Neu- und Erweiterungsbauten auch bei den übrigen Heil- und Pflegeanstalten auszuführen. Die Städte Dresden, Chemnitz, Plauen, Zwickau, Meißen, Zittau, Bautzen und Freiberg tragen zu den Baukosten insgesamt 5850000 M. bei. Da die Herstellungen nach den Kostenanschlägen aber auf 7352830 M. veranschlagt sind, so verbleibt für den Staat noch ein Kostenaufwand von 1602830 M. Die Stadt Leipzig tritt die Heil- und Pflegeanstalt Dösen mit dem 1. Januar 1913 unentgeltlich an den Staat ab.

— **Aufhebung der Irrenpflegeanstalt Köln-Lindenthal.** Die Ende der vierziger Jahre von den Alexianern in Lindenthal erbaute, seit einigen Jahren von der Rheinischen Provinzialverwaltung benutzte Irrenpflegeanstalt mußte nunmehr der starken baulichen Entwicklung im Stadtteil Lindenthal weichen. Die Anstalt wurde am 15. Mai aufgehoben; die vorhandenen 200 Kranken wurden in die neue Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg bei Kleve überführt.

Referate.

— **Bumke, Oswald**, Prof. Dr. med., Über nervöse Entartung. Berlin, 1912. J. Springer. Preis 5,60 M. Für die Abonnenten der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 4,50 M. 120 Seiten.

Die Grundfragen, was Entartung sei, und ob es das überhaupt gibt, was man so nennt, — meint Verf. am Schluß der Einleitung —, die sind keineswegs häufig und noch seltener ganz konsequent in Angriff genommen, geschweige denn gelöst worden. An der Hand der Literatur — das Verzeichnis umfaßt 378 Nummern — werden die wichtigsten Gesichtspunkte des Problems mit besonderer Beziehung auf die medizinische Wissenschaft und unter Stellungnahme zu einzelnen Ansichten erörtert. Am Schlusse beantwortet Verf. die Frage, die er sich gestellt: „Sind wir entartet?" damit: „Die Frage hat sich nicht mit ja oder nein beantworten lassen. Entartungsvorgänge spielen sich auch bei uns ständig ab — wie bei allen Völkern und zu allen Zeiten. Infektionskrankheiten und Gifte, Alkohol und Syphilis voran, lassen jahraus jahrein Tausende auch nervös krank werden und schädigen zugleich ihre Nachkommenschaft. Es mag sein, daß in dieser Hinsicht manches schlimmer geworden ist, und daß wenigstens die progressive Paralyse häufiger vorkommt. Daß die Geisteskrankheiten im ganzen wesentlich zugenommen hätten, ist nicht bewiesen, möglich ist auch das, aber groß kann dieser Zuwachs nicht sein. Aber die Kurve des Selbstmords und die des Verbrechens sind, die eine schneller, die andere langsamer, zu noch nicht erreichter Höhe gestiegen. Die funktionellen Nervenkrankheiten sind häufiger geworden, und die Unfallsneurosen gefährden die gesamte Arbeiterschaft. Und endlich: durch unser ganzes Leben geht ein nervöser Zug, ein leises, oft nur bei Betrachtung des Ganzen erkennbares Zittern, das vor wenigen Jahrzehnten noch nicht da war" . . .

Nach Verf. besitzen wir jetzt die „Erkenntnis: daß sich alle wirklichen Degenerationserscheinungen, die wir feststellen können, auf äußere, auf soziale Ursachen zurückführen lassen." Die funktionellen Nervenkrankheiten hängen bezüglich ihrer Häufigkeit von den sozialen Verhältnissen ab. Daß die erworbene Nervosität vererbbar wäre, erklärt Verf. für „eine Fabel". „Deshalb ist es falsch, die allgemeine nervöse Entartung für die Zukunft zu behaupten und ihretwegen durch bedenkliche Eingriffe in die persönliche Freiheit derselben Kultur, die man erhalten möchte, ins Gesicht zu schlagen."

Unseren nervösen Gesundheitszustand können wir verbessern, denn auch die nervöse Degeneration ist eine soziale Erscheinung.

Haben aber innere Gesetze des großen organischen Entwicklungsprozesses das Schicksal unserer Rasse bestimmt, „durch die mongolische dereinst abgelöst zu werden, so wird uns keine Rassenhygiene und keine Änderung des Eherechts zu retten vermögen."

— **Bing, Robert**, Privatdozent für Neurologie in Basel, Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. II. Auflage. Mit 73 Abbildungen. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1911. Preis 6 M. 208 Seiten.

Diese „kurzgefaßte Anleitung zur klinischen Lokalisation der Erkrankungen und Verletzungen der Nervenzentren" erscheint schon nach zwei Jahren in zweiter Auflage. Mehrere wichtige Neuerscheinungen der Fachliteratur sind berücksichtigt worden. Namentlich die Abschnitte motorische Rindenlokalisation, Kleinhirnbrückenwinkeltumoren, Aphasie, Apraxie, Hypophysis, Epiphysis, Röntgendiagnostik etc. haben Veränderungen erfahren; auch sind dem Texte neue Figuren beigefügt und ältere verbessert.

— **Petrazzani**, Pietro Dr., Arzt an der Prov.-

Irrenanstalt S. Lazaro bei Reggio nell' Emilia, La degenerazione umane (studio die Biologia clinica). Mailand, Verlag Dr. F. Vallardi, 1911. 366 Seiten.

Dieses vortreffliche Buch ist ein Band des von A. Celli und A. Tamburini herausgegebenen Trattato di Medicina Sociale, das in zwei Abteilungen erscheint: Sanità fisica und Sanità psichica. Einen „klinischen Beweis für das Prinzip der Entwicklung" nennt Verf. sein Werk. Der charakteristische Vorgang der Degeneration ist letzten Endes die ererbte Untauglichkeit einer Struktur, eines Organs, zur Führung des Kampfes ums Dasein, ihre Ausmerzung (durch Auswahl) samt den Organismen, die sie tragen, wenn nicht rechtzeitig Korrektur eintritt. Verursacht ist diese Verminderung der biologischen Erbschaft durch schädliche Einwirkung aus der Umwelt auf den Erzeuger.

Die Probleme der Entwicklung, Vererbung, Anpassung, Anlage, Prädisposition, Ursächlichkeit, der Regeneration etc. werden in dem Buche aufgerollt und in interessanter geistreicher Weise erörtert.

Bresler.

Jodglidine. Im Anschluß an Doppelstarextraktionen sah Kollege H. in W. (laut privater Mitteilung) bei Gebrauch von Jodglidine ganz unerwartete Aufhellung, sodaß die als nötig erachtete Nachstaroperation unterbleiben konnte. Der charakteristische Fall verdankt seinen glatten Verlauf zweifellos teilweise der Jodglidine, welche übrigens auch bei Arteriosklerose ein günstig wirkendes Mittel ist. Eingehendere Versuche, vielleicht vergleichende mit Rücksicht auf die Wirkung von Jodnatriuminstillationen (vergl. Originalartikel dieser Nummer von Kaz) dürften sich wohl lohnen. (Aus der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges Nr. 29 vom 2. Mai 1912 Seite 23.)

Ueber Dionin und andere Resorptionsmittel am Auge. Von Dr. E. Zirm. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 1910 Nr. 37.)

Die Arbeit bildet das Resümee mehrjähriger Erfahrungen. Dionin bewirkt als Pulver oder 5—10%ige Lösung am Auge sehr kräftige Beschleunigung des Stoffwechsels und leistet daher unschätzbare Dienste zur Resorption verschiedener exsudativer Produkte bei subkutanen und chronischen Prozessen, insbesondere der Hornhaut und Iris. Bei Iritis unterstützt es die Mydriatika und fördert die Aufhellung der Hornhauttrübung. In stärkerer Lösung leistet Dionin Vorzügliches bei skrofulösen Geschwüren und torpiden Infiltrationen der Cornea, namentlich im Kindesalter. Weniger angebracht scheint es bei Episkleritis. Bei Glaskörpertrübungen und Netzhautblutungen sowie bei Starresten nach Extraktionen und Diszisionen wird die Resorption durch Dionin gefördert. Septische Prozesse nach Operationen und Traumen werden durch Dionin im Verein mit anderen Maßnahmen günstig beeinflußt. Vielseitige Anwendung findet es in Kombinationen mit Präcipitatsalbe oder Calomel nebst subkutanen Fibrolysininjektionen bei Hornhauttrübungen. Pulver und stärkere Lösungen von Dionin werden nur in mehrtägigen Pausen angewandt. Schwache 1—2%ige Lösungen läßt der Autor vorzugsweise zur Ausnützung der analgetischen Wirkung verwenden. In Bezug auf Schmerzstillung am Auge, namentlich bei Glaukomschmerz, kommt dem Dionin kein Anästhesierungsmittel gleich. Mit Eserin und Pilocarpin mehrmals täglich eingeträufelt, verbessert es die Wirkung dieser Miotica. Auch bei traumatischen Erosionen ist Dionin in Lösung oder Salbenform empfehlenswert.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823

Nr. 10. 8. Juni **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten.*)

Von Geh. Med.-Rat Dr. *F. Siemens*, Lauenburg i. Pom.

Meine Herren!

Angesichts der allmählich bis ins Unerträgliche steigenden Kosten, welche die Allgemeinheit für das Irrenwesen aufbringen muß, erscheint es als unsere dringendste Pflicht, auf Abhilfe zu sinnen. Nicht das Konstruieren von kostspieligen Anstaltsneubauten oder das Ausdenken von neuen Verpflegungsformen für die Geisteskranken kann auf die Dauer uns und unser Volk befriedigen; wir müssen dem Übel an die Wurzel zu kommen suchen.

Der Prozentsatz der Geisteskranken innerhalb der Bevölkerung ist gegen früher nicht erheblich gestiegen. Die Bevölkerungsziffer steigt selbst, und es tritt bei den sozialen Verhältnissen der Neuzeit jetzt eher wie früher die Notwendigkeit ein, die Geisteskranken der Anstaltspflege zu übergeben. Auch werden die Geisteskrankheiten jetzt besser erkannt wie früher. Da die Heilungsergebnisse der Anstalten leider keine großen sind, so häufen sich in den Anstalten die Unheilbaren an und der Bestand wächst andauernd. Der Zustand wird immer unbefriedigender.

An Vorschlägen zur Abhilfe fehlt es nicht. Letzthin hat mein Kollege Herr Mercklin in Treptow a. R. unserer Verwaltungsbehörde vorgeschlagen, es möchte durch ein Merkblatt die Bevölkerung aufgeklärt werden über die drei Hauptursachen der Geisteskrankheit. Es ist noch vielfach, besonders auf dem Lande, unbekannt, wie schädigend der übermäßige Alkoholgenuß auf die Nachkommenschaft wirkt, daß die Syphilis, wenn sie nicht ständig überwacht und behandelt wird, Träger und Nachkommen am Nervensystem schädigt, und daß Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische nicht heiraten dürfen. Es soll versucht werden, durch das Merkblatt breite Volksschichten aufzuklären. Die Konferenz der preußischen Landesdirektoren wird sich in diesem Sommer mit der Frage befassen.

Aber alle solche Maßnahmen versprechen wenig Nutzen. Der letzte Grund der üblen Lage ist doch immer der, daß wir noch nicht wissen, durch welche krankhaften inneren Vorgänge im Körper jene Schädlichkeit entsteht, welche auf das Gehirn den unheilvollen Einfluß ausübt.

Was ist der krankhafte Grundvorgang bei der Geisteskrankheit, insbesondere bei jener Form der Störung, welche uns die meisten Kranken in die Anstalten liefert und dauernd darin festhält, der zurzeit noch sogenannten Dementia praecox? Und weiter der manisch-depressiven Seelenstörung, und der vielen Misch- und Übergangsformen? Und wodurch entsteht die sogenannte genuine Epilepsie? Was ist die Grundkrankheit der präsenilen Angstpsychose usf.? Denn: Beängstigung, Aufregung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Stupor, katatone Züge, Inkohärenz, Delirien, schwerere Bewußtseinstrübung mit Amnesie usw. sind doch nur äußerliche Symptome und Symptomenkomplexe, wie etwa Husten und Bruststiche bei der Lungenkrankheit (wie Cramer richtig sagte). Wir standen und stehen bisher bei den sogen. endogenen Geisteskrankheiten dunklen Vorgängen gegenüber, weil wir eben den Grundvorgang nicht kennen. Was nutzt uns aller Bienenfleiß, mit dem in den letzten Jahrzehnten die Symptomenkomplexe der Seelenstörungen voneinander abgegrenzt

*) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 29. Mai 1912.

wurden, was der Eifer, mit dem immer neue Symptome und Symptömchen differential-diagnostisch gewertet und in den Vordergrund geschoben wurden? Unglaublich viele Fälle sind genau beschrieben, abgegrenzt und eingeteilt worden, immer neue Schränke mit vielen Fächern sind damit gefüllt worden — lauter Material für den „Juliusturm der Wissenschaft"!

„Typisch" sollen die Fälle sein für diese oder jene Form, wird behauptet. Dabei denkt sich jeder als „typisch" etwas anderes, das, was er sich gerade zurechtgemacht hat, und was er nach einigen Jahren vielleicht sich anders denkt.

Man wird bei den Psychosen auseinanderhalten müssen: a) die mehr elementaren Störungen, welche die — uns noch unbekannte — Grundkrankheit im Körper verursacht, also z. B. Angst, Halluzinationen, Aufregung, Hemmung, katatone Erscheinungen, Delirien — einerseits, und andererseits: b) jene Symptome geistiger Art, welche aus der Verarbeitung dieser krankhaft-elementaren Störungen durch die Psyche hervorgehen.

Die Bilder, welche daraus entstehen, werden sehr verschieden sein. Es gibt ja auch nicht zwei Menschen, welche dieselbe Psyche haben, und wären es Zwillinge. Alle sind verschieden geartet und veranlagt. Der Bewußtseinsinhalt, das mehr oder weniger hoch entwickelte geistige Leben ist bei den Menschen zu sehr verschieden, und verschieden wird die Art sein, wie sie sich mit der inneren krankhaften Störung abfinden, sie verarbeiten und das nach außen erkennbar machen. Daher sind die Formen und Fälle individuell verschieden; jeder Mensch hat seine eigene Psychose (wie er ja auch seine eigne Form des Rausches hat).

Wie kommen nun die krankhaften Elementarstörungen zustande? Daß man sie durch gewisse Gifte unmittelbar hervorrufen kann (Alkohol), daß sie durch Kopfverletzungen akut entstehen können, das wußte man schon. Aber durch was entstehen sie genuin (wie man sagt)?

Kraepelin's hellem Blick verdanken wir unendlich viel. Als er uns lehrte, Verlauf und Ausgang dieser Störungen als Ganzes zu überschauen und das den bunten Zustandsbildern Gemeinsame zu erkennen (ähnlich wie wir das bei der fortschreitenden Paralyse schon kannten), sprach er und andere mit ihm die Vermutung aus, daß es abnorme innersekretorische Vorgänge seien, welche der Störung zugrunde liegen.

Das Studium der inneren Sekretion der verschiedenen Drüsen hat uns schon einigen Lichtschein gebracht. Die Bedeutung der Schilddrüse, der Hypophysis cerebri, der Zirbeldrüse, der Epithelkörperchen, der Nebennieren, der Thymusdrüse, des Pankreas, der Leber, der Ovarien und Hoden fängt man jetzt an in ihrer Wirkung und besonders ihrer Wechselwirkung zu untersuchen und zu begreifen. Die Erfahrungen beim Kretinismus, beim Myxödem, bei der Kachexia strumipriva, bei der Basedow'schen Krankheit, bei der Akromegalie, der Tetanie u. a. geben uns wichtige Fingerzeige. Hier liegt das Gebiet, dessen Erforschung mit Hilfe der biologischen Chemie, der Serologie, der experimentellen Therapie uns weitere Erkenntnis bringen wird. Und mit der Erkenntnis auch, so dürfen wir hoffen, Mittel zur Vorbeugung und zur Heilung!

Das mag manchem heute noch als Phantasma vorkommen. Aber wir verfügen doch schon jetzt über recht beachtenswerte klinische und experimentelle Tatsachen. Es würde zu weit führen und Ihnen nichts Neues bringen, wollte ich hier ein Referat über die Funktions- und Ausfallserscheinungen sowie die Wechselbeziehungen der einzelnen Drüsen mit innerer Sekretion geben. Es finden sich in unserer neuesten medizinischen Literatur zusammenfassende Arbeiten, die das tun (Fleischmann, Chvostek, Münzer, Ascoli und Legnoni, Biach und Hulles u. a.).

Auch von den Psychiatern sind schon interessante Vorversuche gemacht, so von Berger in Jena an sich selbst, von Much und Holzmann mit ihrer Cobragiftreaktion u. a.

Einfach ist das Problem nicht. Es waltet wohl nicht bei allen Psychosen derselbe Vorgang ob. Es werden viele Kombinationen in den Wechselwirkungen und in ihrer Störung vorkommen, wie es ja auch z. B. beim Diabetes verschiedene Arten der Störung des Zuckerhaushalts gibt, und verschiedene Verlaufsformen.

Unsere ganze Entwicklung von klein auf, körperlich und geistig, beruht ja auf den Wechselwirkungen der innersekretorischen Drüsen. Exstirpation der Thymusdrüse bei ganz jungen Tieren bewirkt Zurückbleiben der Entwicklung. Das Knochenwachstum steht unter Drüseneinfluß (Akromegalie). Fehlen, Verkümmerung oder Erkrankung der Schilddrüse kann Kretinismus, Cachexia strumipriva und Myxödem bewirken, Einpflanzung gesunder Schilddrüse kann bessernd wirken. Entfernung oder Verkümmerung der Geschlechtsdrüsen übt gewisse Hemmungen bei der Entwicklung aus. Schwere Störungen in der Leberfunktion im Kindesalter können Zurückbleiben in dem Körper-

wachstum, auch Fehlen der Pubertätsentwicklung bewirken.*)

Bei der: Dementia praecox genannten Störung, welche bereits im jugendlichen Alter eintritt, findet man oft infantilen Habitus. Bei der Sektion solcher Fälle habe ich oft Vermehrung des interlobulären Bindegewebes mit einer eigentümlich dunklen Färbung der Lebermasse angetroffen. — Der Zusammenhang von Leberstörungen mit Geisteskrankheiten war schon den Alten bekannt.

Die oft sehr auffallenden Störungen der Körperernährung — die zeitweilige unerklärliche Abmagerung, dann wieder die starke Fettansammlung, die wir nicht selten bei demselben Individuum im Verlauf seiner Geisteskrankheit beobachten, sind kaum anders als durch eine Störung der inneren Sekretion zu erklären. Man denkt da u. a. an die bekannt gewordene Wechselbeziehung zwischen Leber, oberer Dünndarmschleimhaut und Pankreas und ähnliches. Auch der Speichelfluß mancher Katatoniker gibt zu denken. — Die Muskelspannungen der Katatoniker, die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, die fibrillären Muskelzuckungen mancher älterer besonders weiblicher Verblödungskranker, die an Paralysis agitans erinnernden Zuckungen, die choreatischen Störungen mancher Verblödungskranken beruhen vielleicht auf Störungen im Bereich der Epithelkörperchen und ihrer Wechselbeziehungen. Krämpfe finden wir sehr häufig bei den Verblödungskranken von leichter Art bis zu schwersten epileptischen Anfällen.

Seitdem wir darauf achten, finden wir im späteren Verlauf bei jedem Fall unserer Verblödungskranken krankhafte Veränderungen im Rückenmark, ähnlich den Veränderungen, wie wir sie bei der Dementia paralytica, beim epid. Ergotismus, bei der Pellagra finden. Ich habe an Herrn Prof. Alzheimer bereits einige Präparate geschickt; er wird später die Güte haben die Befunde mitzuteilen.

Auf innere regulatorische Störungen deutet auch die Tatsache hin, welche wir bei manchen Verblödungskranken beobachten, nämlich der — zuweilen tägliche — Wechsel in Stimmung und Verhalten, heute aufgeregt und halluzinierend, morgen gehemmt und deprimiert. Auch bei der Paralyse kann man den Wechsel beobachten. Im Vordergrund des Krankheitsbildes steht bekanntlich dieser Wechsel beim manisch-depressiven Irresein. Aber wie oft haben diese Manisch-depressiven auch nebenbei katatonische Symptome, vasomotorische und trophische Abweichungen u. a. Vielleicht sind das alles nur Modifikationen und Kombinationen der Störungen in den Wechselbeziehungen innersekretorischer Organe, deren Erforschung erst Licht in diese, in ihrem Wesen bisher noch unbekannten Krankheiten bringen wird.

Die sogenannte degenerative Anlage, die Psychopathien u. a. sind vielleicht nur rudimentäre innersekretorische Störungen regulatorischer Organe, auf ererbter oder erworbener Anlage beruhend.

Die Dementia paralytica ist vielleicht nur eine durch das syphilitische Virus in ihrem Verlauf beschleunigte und modifizierte Dementia praecox, und die paralytischen Anfälle haben denselben Wert wie die epileptischen Anfälle bei der Dementia praecox.

Daß die sogenannte genuine Epilepsie auf der Bildung von Giftstoffen — auf innersekretorischen Störungen — beruht, darüber hat wohl niemand mehr einen Zweifel, desgleichen die Eklampsie u. a.

Es ist eine bekannte klinische Tatsache, daß beim Aufhören der Ovarialfunktion und im Klimakterium auch bei geistig sonst ganz gesunden Frauen nervöse Beschwerden auftreten: Herzklopfen, Wallungen zum Kopf, Schwindelgefühl, Ohrensausen, Ohnmachten, vermehrte Reizbarkeit, Angst bis zur leichten Psychose. Hieran ist wahrscheinlich wohl der Ausfall der Ovarialhormone schuld, das Schwinden der inneren Sekretion der Eierstöcke. — Vielleicht sind das leise Andeutungen der Störungen, wie sie bei den sogenannten präsenilen Angstpsychosen, bei den klimakterischen Seelenstörungen vorliegen. Von einer Wechselwirkung der Ovarien und Hoden auf die Hypophysis und die Zirbeldrüse ist schon allerlei bekannt. Auffallend oft findet man bei länger an Dementia praecox Leidenden Psammome in der Zirbeldrüse. Mein Großvater, der alte Ruer (der erste Direktor der westfälischen Anstalt Marsberg) hatte ein ganzes Kästchen von diesem „Gehirnsand".

Kurz, wohin wir sehen, stoßen wir auf krankhafte Vorgänge innersekretorischer Organe bei unseren Kranken. Ihre Erforschung wird uns Licht in das bisher herrschende nosologische Dunkel der Psychosen bringen.*) Ihre Erforschung scheint mir das nötigste zu sein, was für die Psychiatrie geschehen muß, und nicht nur für die Psychiatrie, sondern für den Staat, der sich der vielen Kranken kaum noch

*) Einen solchen Fall habe ich mit erlebt: nach schwerer Mischinfektion bei Masern erfolgte erst langjährige Schwellung, dann Schrumpfung des interlobulären Lebergewebes; der junge Mensch blieb im Wachstum und in der Pubertätsentwicklung zurück, jede geistige Störung aber fehlte in diesem Falle.

*) Die chemisch-pharmazeutische Industrie hat sich der Organe bereits bemächtigt und vertreibt die Präparate zur Organtherapie, obwohl die exakte biologische Erforschung noch aussteht.

erwehren kann und der unter den großen Kosten für die Irrenpflege schwer leidet.

M. H. Ich bin so ausführlich geworden, nicht weil ich Ihnen viel Neues sagen mußte, sondern weil wir den Behörden gegenüber, an die wir uns wenden müssen, und der Allgemeinheit eine Begründung unserer Forderung geben müssen. Unser Verein muß den Anstoß dazu geben, daß ein biologisches Forschungsinstitut für die körperlichen Grundlagen der Seelenstörungen errichtet wird. Die vielen Tausende von Kranken, die dem Staate zur Last fallen, die großen Kosten, welche die Allgemeinheit für die Geisteskranken und die Anstalten aufbringen muß, schreien nach solcher Forschung.

Unsere provinzialen Irrenanstalten können diese nicht leisten. Sie sind mit so vielen Geschäften der Verwaltung, der symptomatischen Behandlung, der Verpflegung, Beschäftigung und Begutachtung der Kranken überlastet. Die psychiatrischen Kliniken sind meist nur Durchgangsstationen und haben zu dem andern noch die Lehraufgabe.

Es bedarf eines besonderen, großzügigen biologischen Forschungsinstituts, am besten in der Großstadt, mit der Möglichkeit, sich aus den Anstalten des Landes die geeigneten Fälle auszusuchen.

Wer soll es errichten? Ich habe mich, zunächst privatim, an die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften gewandt mit der Frage, ob Aussicht wäre, daß sie ein solches Institut errichten würde. Exzellenz Harnack antwortete, daß seines Erachtens der Staat verpflichtet wäre, es aus seinen Mitteln zu gründen. Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft sei in Erwägungen über die Errichtung eines Instituts für Hirnforschung begriffen und erörtere auch die Frage, ob und in welchem Umfange sie der psychologischen Forschung entgegenkommen soll.

Das aber kann uns nicht viel helfen. Wir brauchen ein biologisches Forschungsinstitut. Auch die Erfüllung des Sommer'schen Vorschlags (einer besonderen Abteilung beim Reichsgesundheitsamt) wird uns kaum weiter bringen. Dobrick („Die Not der Psychiatrie“) denkt sicher an etwas ähnliches wie ich.

Im Reichstag ist der Antrag gestellt, zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche ein Forschungsinstitut zu errichten, natürlich auf Reichskosten. Ist aber das biologische Forschungsinstitut für die Geisteskrankheiten nicht unendlich viel wichtiger?

Zum Schluß noch eins. Die Frommen im Lande werden wieder über die materialistischen Ärzte zetern. Aber wir sind nicht materialistisch. Wir halten es mit Goethe: Das Erforschliche zu erforschen, und das Unerforschliche zu verehren! Der menschliche Geist bedient sich der Körperorgane, des Gehirns und der Nerven, um sich zu äußern und zu betätigen. Ist das Gehirn und die Nerven krank oder verkümmert, so sind die seelischen Äußerungen krankhafte und mangelhafte. Das sind Tatsachen. Zu erforschen das, was Gehirn und Nerven krank macht, ist unsere Aufgabe. Den unerforschlichen Geist wollen wir verehren!

Beschließen Sie und beauftragen Sie Ihren Vorstand, Schritte zu tun wegen Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes für die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten!

(Der Deutsche Verein für Psychiatrie beschloß in diesem Sinne.)

Ovale Schlundsonden.

Von Anstaltsarzt Dr. *Mathes*, Wiesloch.

Jeder, der mit den üblichen Rundsonden häufig Geisteskranke künstlich zu nähren gezwungen ist, hat sicher schon dabei unliebsame Mißstände empfunden. Wir machten nun einen Versuch mit plattovalen O-Sonden, die von der Firma C. Stiefenhofer in München in Handel gebracht werden, ursprünglich aber nur für den Gebrauch durch die Mundöffnung — mit der Breitseite über den Zungengrund einzuführen — gedacht waren. Die Sonde gleitet, für unseren Zweck mit dem Längsdurchmesser parallel zur Nasenscheidewand eingeführt, so daß die Plattseite senkrecht zum Nasenboden und parallel zum Septum steht, spielend leicht durch Nase und Schlund.

Selbst Nasenöffnungen, durch die es nie gelang, auch nur die dünnste runde Sonde durchzuführen, passierte die platte Sonde ohne Schwierigkeit. Nasenbluten oder leichte Ulzerationen abnorm gebildeter Muscheln, die mitunter bei den runden Sonden nicht zu vermeiden sind, waren bei den neuen Sonden bisher nicht zu beobachten.

Gerade aber die Weichheit und leichte Kom-

pressionsfähigkeit der platt-ovalen Sonden sind auf der andern Seite auch wieder Nachteile, so daß sie doch nicht die härteren runden Sonden ganz zu ersetzen vermögen. Patienten mit der Fähigkeit, die Sonde mit der Zunge an den Gaumen anzupressen oder umzubiegen, kommen natürlich bei dieser weichen Sonde leichter zum Ziel.

Immerhin sind wir mit der platten Sonde bei der Mehrzahl der Fälle bisher so zufrieden gewesen, daß wir weitere Versuche hiermit anregen möchten.

Nutzanwendung der Leitsätze Dr. G. Kolb's (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten) für die

Ausgestaltung der Irrenanstaltsfiliale in Iglau (Mähren) zu einer selbständigen Irrenanstalt.

Von Direktor Dr. *Alfred Hellwig*, Brünn.

Laut dem Berichte Nr. 189 L H aî 1903 des hohen mährischen Landes-Ausschusses wegen provisorischer Vorkehrung gegen die Überfüllung der Landes-Irrenanstalten in Sternberg und Brünn, sollte durch Errichtung von Baracken der weitere Ausbau der Irrenfürsorge des Landes auf die lange Bank geschoben werden, trotzdem die Denkschriften beider Direktoren Dr. Schubert und Dr. Hellwig schon vor drei bezw. zwei Jahren behufs Behebung des Notstandes in der Irrenfürsorge präzise Vorschläge machten, wie dies auch aus der Broschüre des Verfassers: „Der Stand der Irrenpflege in Mähren ein Notstand" des näheren hervorgeht.

Gegen die Barackenbauten wurde daher auch hierorts energisch Stellung genommen und muß dies noch weiter begründet werden, wie folgt:

Nach dem Stande der Wissenschaft (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten Dr. Kolb) „ist in die Beratung über den weiteren Ausbau der Irrenfürsorge zu treten, wenn eine Anstalt an dem Zeitpunkte, der bis zur Fertigstellung der neuen Bauten verstreichen wird, bei sofortiger Aufnahme aller Zugänge voraussichtlich die nach hygienischen und psychiatrischen Grundsätzen zulässige Maximalbelegung erreicht haben wird."

Wir wissen, daß jeder in einem geschlossenen Raume weilende Mensch in seiner Atemluft, in seinen „Ausdünstungen", eine Quelle der Verschlechterung der in jenem Raume vorhandenen Luft darstellt; eine weitere Quelle ist in den meisten Beleuchtungsarten gegeben; soll diese Verschlechterung nicht schädliche Grade erreichen, so muß eine Erneuerung der verdorbenen Luft herbeigeführt werden. Diese ist — ganz abgesehen davon, daß die natürlichen Ventilationswerte häufig recht niedrige sind — mit einem gewissen Luftzuge verbunden, welcher — in hohem Grade vorhanden — ebenfalls schädlich wirkt. Da demnach der Lufterneuerung ziemlich enge Schranken gesetzt sind, muß ein Minimal-Luftraum für jeden innerhalb eines geschlossenen Raumes wohnenden Menschen gefordert werden.

Die Hygiene setzt diesen Luftraum auf 17 bis 25 cbm in Wohnräumen für Gesunde, auf 30 bis 40 cbm in Räumen für körperlich Kranke fest.

Der ruhige Geisteskranke, der Tag für Tag im Freien arbeitet, der jede Woche sein Reinigungsbad nimmt, der seine sozialen Gewohnheiten nicht verloren hat, lebt unter Verhältnissen, die von denen des „Gesunden" im Sinne des obigen hygienischen Postulates wenig oder nicht verschieden sind.

Anders liegen die Verhältnisse bei dem nicht im Freien arbeitenden Kranken, welcher der Möglichkeit, seine Lunge in freier Luft, bei körperlicher Arbeit das ganze Jahr hindurch ausgiebig zu ventilieren, entbehrt — und ganz wesentlich anders liegen die Verhältnisse, wenn besondere Umstände, welche für einen ganz beträchtlichen Prozentsatz von Geisteskranken gegeben sein können, hinzukommen: Man denke an die in Bettbehandlung stehenden Kranken, deren Atmung naturgemäß eine wenig tiefe ist; man denke an die nicht so kleine Kategorie von Kranken, deren Respiration, sei es infolge von Hemmung, sei es infolge von Wahnideen, noch oberflächlicher ist — sie alle bedürfen einer durchaus einwandfreien Atemluft; man denke ferner an die außerordentlichen Quellen der Luftverschlechterung, welche durch erregte Kranke mit vermehrter Kohlensäure-Produktion und Schweißbildung, durch erregte oder insoziale weibliche Kranke zur Zeit der Menstruation, durch Kranke mit Speichelfluß, durch unsaubere oder gar unreine Kranke gegeben sind; man denke an die Schwierigkeiten, die sich in vielen Fällen einer geregelten Zahn- und Mundpflege entgegenstellen.

Dazu kommt: Eine große Zahl jener Kranken entbehrt fast aller normalen Lebensreize, jener Imponderabilien, welche so wichtig sind für die Funktion des Gesamt-Organismus, und es erscheint notwendig, daß ihnen zu mindestens der wichtigste er-

Ausweis

über den Belagraum auf den verschiedenen Abteilungen der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn und Stand der Pfleglinge in dieser Anstalt am 31. August 1903.

Abteilung	Summe des Kubikinhaltes der Räume: Tag-	Summe des Kubikinhaltes der Räume: Schlaf-	Hygienisch zulässiger Belag, Tag-Raum à 26 cbm per Person	Hygienisch zulässiger Belag, Schlaf-Raum à 24 cbm per Person	Geschlecht der Kranken	Faktischer Belag am 31. August 1903, Nachts: Kranke	Wärter	Summe	Daher: mehr	Daher: weniger	Demnach entfallen per Kopf im Tagraum (Kubikmeter)	Schlafraum (Kubikmeter)	Anmerkung
I	366,9	918,7	23	39	weiblich	36	5	41	2	—	8,9	22,4	Aufnahme- und Überwachungsstat. f. Ruhige.
II	366,9	956,8	23	40	„	37	4	41	1	—	8,9	23,3	Für reine, ruhige Arbeitende.
III	119,3	397,9	8	17	„	20	3	23	6	—	5,1	17,3	„ „ „ „ (Halbklass.).
IV	366,9	956,8	23	40	„	47	4	51	11	—	7,1	18,7	„ unreine Ruhige.
V	410,3	624,8	26	26	„	12	3	15	—	11	27,3	41,6	Klassabteilung I. und II. Kl.
VI	410,3	644,6	26	27	männlich	18	3	21	—	6	19,5	30,6	„ I. „ II. „
VII	366,9	956,8	23	40	„	48	5	53	13	—	6,9	18,0	Für ruhige Unreine.
VIII	366,9	956,8	23	40	„	45	5	50	10	—	7,3	19,1	Für reine ruhige Arbeitende.
IX	391,0	562,4	24	23	„	26	3	29	6	—	13,0	19,3	„ „ „ „ (Halbklass.).
X	366,9	918,7	23	39	„	43	6	49	10	—	7,4	18,7	Aufnahme- und Überwachungsstat. f. Ruhige.
XV	850,6	1068,1	54	44	weiblich	52	6	58	14	—	14,6	18,4	Überwachungsstation f. Unruhige, Tobende.
XVI	850 6	1068,1	54	44	„	53	7	60	16	—	14,1	17,8	„ „ „ „
XVII	850,6	1068,1	54	44	männlich	55	7	62	18	—	13,7	17,2	„ „ „ „
XVIII	850,6	1068,1	54	44	„	50	7	57	13	—	14,9	18,7	„ „ „ „
Pavillon I	469,6	679,0	29	28	weiblich	32	3	35	7	—	13,4	19,0	Ruhige Feld- und Gartenarbeiter.
„ II	469,9	679,0	29	28	männlich	45	3	48	20	—	9,7	14,0	„ „ „ „
Infektions-spital	—	309,3	—	13	f. Männer u. Fr. (Infektiöse)	8 Fr. 7 M.	2	17	4	—	—	18,1	Für eventuelle Isolierung Infektiöser.
Krankenpav. I	163,8	349,2	10	16	weiblich	18	2	20	4	—	8,1	19,7	Für tuberkulöse Kranke.
„ II	163,8	394,2	10	16	männlich	19	3	22	6	—	7,4	17,9	„ „ „
Waschhaus I	—	633,3	—	26	weiblich	21	2	23	—	3	—	27,5	Mit Wäscherei Beschäftigte.
„ II	143,0	362,7	9	15	männlich	17	2	19	4	—	7,5	19,0	Für Werkstättenarbeiter.
Summe:	8345,1	15618,4	525	649		709	85	794	165	20	10,5	19,6	

halten, daß ihnen der Genuß nicht nur einer nicht verdorbenen, sondern einer guten Luft gesichert bleibe. Wie es damit in der Brünner Irrenanstalt aussieht, beweist zur Genüge: „Der Ausweis über den Belag auf den verschiedenen Abteilungen der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn und Stand der Pfleglinge in dieser Anstalt am 31. August 1903“; danach ist der Zeitpunkt des Baues schon längst gegeben.

Der Psychiater muß aber nicht nur diesen hygienischen Postulaten Rechnung tragen.

Das Prinzip der modernen, praktischen Psychiatrie ist es, jeden Kranken unter Verhältnisse und Lebensbedingnisse zu setzen, welche den gewohnten Verhältnissen des Kranken nach Tunlichkeit angepaßt und von ihnen in jedem Momente nur so weit verschieden sind, als es der augenblickliche Zustand des Kranken erfordert.

Wie aber, wenn ein Kranker nach rasch eingetretener Beruhigung nicht von der Abteilung für Unruhige versetzt werden kann, weil die Abteilung für ruhige Patienten zwar nicht überfüllt, aber bis zum letzten Platze besetzt ist; wie aber, wenn ein bisher ruhiger Kranker in Erregung gerät und es mangelt an einem freien Platze in der Unruhigen-Abteilung, der gestatten würde, den das soziale Niveau der ganzen Abteilung herabdrückenden Kranken zu entfernen?

Eine Irrenanstalt ist nur dann aktionsfähig, wenn jederzeit die Möglichkeit des Fluktuierens der Krankenbevölkerung zwischen den einzelnen Abteilungen, wenn auch nur in bescheidenem Umfange gegeben ist; wir müssen fordern, daß mindestens auf je 20 besetzte Plätze ein freier Platz vorhanden ist, und der Begriff der Überfüllung ist demnach gegeben, wenn nicht mindestens 5% der Plätze, welche die Anstalt nach den obigen hygienischen Postulaten zu bieten vermag, unbesetzt sind.

Dabei ist selbstverständlich Voraussetzung, daß die Isolierzimmer, die ja nicht dauernd belegt werden sollen und dürfen, für die Berechnung des Fassungsvermögens einer Anstalt ebensowenig in Anschlag gebracht werden, als die Plätze einer eventuell vorhandenen Infektionsbaracke. Hier in der Anstalt liegen dauernd mindestens zwei bis vier in den Isolierzimmern.

Es ist ferner zu berücksichtigen, daß obige Ziffer nur den durchschnittlichen Verhältnissen der Anstalten Deutschlands entspricht, deren Verhältnis der jährlichen Zugänge zum durchschnittlichen Bestande sich auf höchstens 1:3 stellt; Anstalten mit rascherem Wechsel der Krankenbevölkerung, wie beispielsweise in Brünn, haben ein höheres Bedürfnis nach freiem Spielraum.

Bei dem Verhältnis der beiden oben genannten Zahlen von 1:2 wären 6%, bei 1:1 wären 7%, darüber hinaus wie in Brünn 8% unbelegte Plätze zu fordern.

Das oben aufgestellte psychiatrische Postulat der größtmöglichsten Annäherung an normale Lebensverhältnisse, unterstützt durch hygienische Erwägungen, läßt es im allgemeinen als durchaus unzulässig erscheinen, daß etwa Korridore bei der Berechnung des Fassungsvermögens der Tagräume als solche in Rechnung gezogen werden.

Wenn die Überfüllung, die der Bericht „einer rationellen Irrenpflege geradezu widersprechende“ nennt, welche weiter hauptsächlich „diejenigen Abteilungen betrifft, wo überwachungsbedürftige, unruhige Kranke untergebracht sind“, weiter durch Daten in der Broschüre eklatant nachgewiesen ist, kann die weitere Frage, ob die nötige Anzahl von Plätzen durch Anlage einer neuen Anstalt oder durch Erweiterung der bereits bestehenden zu schaffen sei, nur nach folgenden Gesichtspunkten in Erwägung gezogen werden:*)

I. Ist es möglich, durch Erweiterungsbauten ein harmonisches, annähernd homogenes Ganzes zu schaffen, in welchem alle nach den Anschauungen der modernen praktischen Psychiatrie notwendigen Teile in einem den gegebenen Bedingungen entsprechenden Verhältnisse vorhanden, resp. ohne Störung dieses festen Verhältnisses nachträglich einzufügen sind?

Die Beantwortung ergibt sich an folgendem Beispiele: Eine für 600 Kranke eingerichtete Anstalt soll zur Aufnahme von 700 bis 800 Kranken erweitert werden.

Da der Mangel an modernen Wachabteilungen am schwersten empfunden wurde, sind als Erweiterungsbauten Wachabteilungen vorgesehen.

Nun wird aber durch deren Bau das Verhältnis der Plätze in „offenen“ Abteilungen zu denen in „geschlossenen“ ganz erheblich zu ungunsten der ersteren verschoben; um das ursprüngliche Verhältnis wieder herzustellen, müssen Abteilungen, welche als „geschlossene“ gebaut und eingerichtet waren, als „offene“ benutzt werden; die Kochküche, die Waschküche, die Einrichtungen beider, der Werkstättenbau, das für die Bewirtschaftung verfügbare Terrain genügen nicht

*) Siehe Dr. G. Kolb, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten.

mehr den gesteigerten Ansprüchen der erhöhten Bevölkerungsziffer, die Wohn- und Arbeitsräume der Ärzte, Beamten, Bediensteten erweisen sich als zu klein; Kirche und Festsaal vermögen die Zahl der Kranken nicht mehr zu fassen usw. — überall muß angebaut und adaptiert, umgebaut, erweitert und angekauft werden.

Angenommen, daß alle notwendig werdenden Veränderungen und Erweiterungen in zulässiger Form auszuführen seien, ergibt sich doch eine neue Frage:

II. Repräsentiert die durch die Erweiterung geschaffene Anstalt ein homogenes Ganzes, wie dies im Interesse des einheitichen Betriebes zu fordern ist?

Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich in der Brünner Anstalt, einer alten, Jahrzehnte hindurch ohne ein festes Programm, je nach dem momentanen Bedürfnis und je nach den Anschauungen des jeweilig dirigierenden Arztes und bauleitenden Technikers fortwährend vergrößerten und erweiterten Anstalt. Die Schwierigkeiten des Betriebes ergeben sich daraus in vollstem Maße: Ein Bau hat eine veraltete Luftheizung, ein anderer Kachelöfen, ein dritter eiserne Öfen, jeder anders zu heizen, zu regulieren u. a. m. Die Anstalt kann nicht als vollwertig bezeichnet werden, wenn auch alle übrigen Räume und Einrichtungen in vollendetster Form vorhanden wären. Eine Erweiterung derartiger Anstalten ist daher im allgemeinen mit allem Nachdruck zu verwerfen.

Ein weiterer Gesichtspunkt, der bei der Entscheidung über die Wahl eines Neubaues oder eines Erweiterungsbaues berücksichtigt werden muß, ergibt sich aus der weiteren Frage:

III. Ist die Größe, welche die Anstalt durch die eventuelle Erweiterung erhalten würde, unter den dann geschaffenen Verhältnissen als wünschenswert zu bezeichnen?

Hier möge nur der Hinweis Erwähnung finden, daß eine nicht nach einheitlichem Plane erbaute Anstalt, wie die in Brünn, wesentliche höhere Anforderungen an die Arbeitskraft, Energie, die gesamten Leistungen ihres Leiters stellt, daß ihre einheitliche Leitung eine sehr viel schwierigere ist, daß es eine der schwersten und undankbarsten Aufgaben ist, mit einer großen derartigen Anstalt den Fortschritten der praktischen Psychiatrie zu folgen, zumal rückständige Elemente des höheren und niederen Personales — und welche alte Anstalt hätte nicht das eine oder andere aufzuweisen — in den veralteten Abteilungen auf Grund der falschen, in jenen Räumen erworbenen Auffassungen sich modernen Reformen, zwar nur passiv aber gewöhnlich unglaublich zähe widersetzen.

Es ist demnach eine nicht unbeträchtliche Reihe der Einwände, welche gegen große Anstalten geltend gemacht werden, hier schon bei mäßigem Umfange der Anstalt und ceteris paribus mit doppeltem Nachdrucke zu erheben.

IV. Des weiteren ist zu berücksichtigen, ob durch die Anfügung neuer Teile nicht eine unzulässige Verschlechterung der hygienischen Verhältnisse bereits bestehender Teile bedingt ist.

Diese Frage kommt in Betracht im wesentlichen nur für Anstalten mit sehr beschränktem Grundbesitze und in erster Linie für Anstalten, welche nach geschlossenem System (Korridorsystem, wie Brünn) erbaut sind.

V. Gegen eine Erweiterung und für einen Neubau muß sehr entscheidend ins Gewicht fallen, wenn die Zugangsziffern aus den von der Anstalt entfernt liegenden Bezirken hinter den Zugangsziffern aus den der Anstalt benachbarten Gebieten im Verhältnisse der gegenseitigen Bevölkerungszahl in unzulässiger Weise zurückbleiben.

(Siehe Jahresbericht 1901.)

Es ist eine oft beobachtete Tatsache, daß aus der der Anstalt oft naheliegenden Gegend derselben stets verhältnismäßig mehr Kranke zugehen als aus entfernter liegenden.

Die Gründe dafür liegen in der erhöhten Schwierigkeit und den vermehrten Kosten des Transports, wie in der Abneigung der Angehörigen, ihre Kranken so weit von sich zu geben. Da aber die Möglichkeit einer raschen und möglichst leichten Verbringung aller Geisteskranken in Anstalten in gleicher Weise im Interesse der Kranken, ihrer Umgebung, wie der ganzen Bevölkerung gelegen ist, muß es als ein zwingender Grund gegen die Erweiterung einer offenbar ungünstig oder nicht genügend günstig gelegenen oder für ein räumlich zu ausgedehntes Gebiet bestimmten Anstalt und für den Bau einer neuen Anstalt bezeichnet werden, wenn die Zahl der Zugänge aus einer Gruppe von Bezirken — berechnet nach Prozenten der Bevölkerung — um mehr als ein Fünftel hinter dem durchschnittlichen Zugange des Gesamtgebietes zurückbleibt. (Spricht für Ausgestaltung der Iglauer Anstalt.)

Mit diesem statistischen Nachweise sind zugleich die wichtigsten Anhaltspunkte für die Lage de

neuen Anstalt gegeben (demnach Kremsier und nicht Bistritz a. H.).

Von Bedeutung wird schließlich in der Regel die Frage sein:

VI. Stellt sich ein Neubau oder die Erweiterung einer bereits bestehenden Anstalt billiger?

Es kann einem Zweifel nicht unterliegen, daß es eine wesentlich geringere einmalige Auslage erfordert, einer bereits bestehenden Anstalt (wie in Iglau) eine Reihe von Erweiterungsbauten anzufügen, als für die gleiche Anzahl von Kranken in einer neu zu errichtenden Anstalt Unterkunft zu verschaffen. Ein sehr erheblicher Teil der Kosten bis ein Drittel und darüber entfällt schon auf die Nebengebäude allein, abgesehen von Wasserleitung, Kanalisation, Beleuchtungsanlage usw. Schließlich wird die Frage zu berücksichtigen sein:

VII. Sind die finanziellen Verhältnisse des betreffenden Landes derart schlechte, daß dem relativ geringen finanziellen Vorteil, der mit einer Erweiterung gegenüber einer Neuanlage verbunden ist, ein entscheidender oder doch ein wichtiger Einfluß auf die Entschließung eingeräumt werden muß?

Dieser Frage kann eine Berechtigung nur zugestanden werden, wenn das Land klein ist (unter 1 Million Einwohner), ohne daß die Möglichkeit bestände, durch Vertrag oder durch gesetzgeberische Maßnahmen eine Verteilung der Lasten auf breitere Schultern herbeizuführen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Tagesordnung der 88. ordentlichen Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Sonnabend, den 15. Juni 1912, nachm. 1¼ Uhr in Bonn in den Räumen der Lese- und Erholungsgesellschaft, Coblenzer Straße 35.

1. Geschäftliche Mitteilungen.

2. Aufnahme neuer Mitglieder. Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. Kellner-Süchteln, Anstaltsarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal, Dr. Leber-Süchteln, Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal. Dr. Recktenwald-Langenfeld, Anstaltsarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen. Dr. Strasmann-Godesberg, Arzt für innere und Nervenkrankheiten.

3. Vorträge: a) Strasmann-Godesberg: Krankendemonstration. b) Herting-Galkhausen: Über Hausindustrie in den Anstalten. c) Pollitz-Düsseldorf-Derendorf: Zur Psychologie des Strafvollzugs. d) Sioli-Bonn: Über amyloidähnliche Degeneration im Gehirn. e) Lückerath-Bonn: Die für das Irrenwesen wichtigsten ministeriellen Verfügungen. f) Hübner-Bonn: Zur Lehre von den elementaren psychischen Störungen (mit Demonstration). g) Ennen-Merzig: Bemerkungen zu Bossi: Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn.

4½ Uhr: Gemeinschaftliches Mittagessen.

Oebeke. Pelman. Thomsen.
Umpfenbach. Westphal.

— **Österreichischer Psychiatrischer Verband.** Vorläufige Mitteilung. Der Psychiatrische Verband hat beschlossen, die diesjährige Hauptversammlung in Prag, und zwar am 4. und 5. Oktober abzuhalten. Das Lokalkomitee bilden die Herren Ober-Sanitätsrat Dr. Hellich und Primarius Dr. Hladik, Prag, Landes-Irrenanstalt. An diese beiden Herren wollen dahingehende Zuschriften und Anfragen gerichtet werden.

Vorträge wurden bisher angemeldet von Eisath-Hall, Ruzicka-Bohnitz, Dejacco-Pergine, Schweighofer-Maxglan, Starlinger-Mauer-Oehling, Ullrich-Kosmanos.

Die Mitglieder des Verbandes werden ersucht, durch weitere Vorträge zum Gelingen der Hauptversammlung beizutragen. Die Anmeldung der Vorträge werden bis längstens 8. September d. Js. an den Unterzeichneten erbeten.

In Aussicht genommen ist auch ein Besuch der neuen böhmischen Landes-Irrenanstalt Bohnitz bei Prag, wozu die Einladung seitens des Landes-Ausschusses des Königreiches Böhmen bereits erfolgt ist.

Das spezielle Programm kommt Mitte September zur Ausgabe.

Dr. Schweighofer, Schriftführer. Dr. Starlinger, Obmann.

Therapeutisches.

— **Zur Behandlung akuter Dickdarmerkrankungen.** Stabsarzt Dr. Raschofszki (Medizin. Klinik, 19. Mai 1912) empfiehlt auf Grund von Beobachtungen im Garnisonspital Nr. 2 in Wien bei akuten Dickdarmerkrankungen, auch bei Ruhr, Irrigation des ganzen Dickdarms mittels eines neuen Enteroklyseapparats (Firma J. Odelga, Wien VIII, Alserstraße 23). Dieser Apparat gestattet die gründliche und beliebig lange dauernde Spülung der Darmschleimhaut. Die Abflußleitung beginnt erst außen an der Gefäßfalte; die reflektorisch ausgelösten Defäkationsentleerungen finden unbehindert Abfluß. Es werden dadurch Wasserspülungen von fast unbegrenzten Wasserquantitäten ermöglicht. Verwandt wird dabei physiologische Kochsalzlösung. So-

fort nach der ersten Masseninigation trat auffallende Besserung ein. „Im Laufe der Spülung wurde das Spülwasser immer reiner, so daß zum Schlusse die entleerte Flüssigkeit fast klar abfloß. Dem letzten Liter wurden zumeist 30 Tropfen Tinct. opii beigesetzt und im Darme belassen.“ Nach Ford betrugen in einem Falle von Ruhr nach Einlauf von physiologischer Kochsalzlösung am dritten Tage die Dysenteriebazillen nur noch 2,3 % sämtlicher Mikroorganismen im Stuhl statt 98 % am ersten Tage der Behandlung. „Mit dem Enterokleaner können nun kontinuierliche Darmspülungen mit Wassertemperaturen bis 42° C ausgeführt werden, wobei man Überhitzungen des ganzen Körpers durch niedrigere Außenbadtemperaturen und eventuell durch kühle Umschläge auf den Kopf sicher verhüten kann.“ Andererseits wirkt eine gewisse Erhöhung der Temperatur nur günstig, da sie die Produktion von Antikörpern, Agglutininen und Bakteriolysinen steigert. Es dürfte sich sehr empfehlen, Versuche bei der „Ruhr der Irren“ mit dem Apparat zu machen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Andernach.** Zum Direktor der hiesigen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt ist Dr. Franz Adams, bisher Oberarzt der Provinzial-Pflegeanstalt zu Cöln-Lindenthal ernannt.

— **Süchteln-Johannisthal.** Direktor der hiesigen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt ist Dr. Karl Orthmann als Nachfolger des Direktors Dr. Flügge, der die Leitung der neuen Anstalt in Bedburg bei Cleve übernommen hat.

— **Gabersee.** Die Stelle eines Oberarztes an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Gabersee wurde dem Oberarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing Dr. Ernst Nenning in etatsmäßiger Weise übertragen.

— **Alzey.** Dem Direktor der Landesirrenanstalt in Alzey, Dr. Ludwig Römheld, wurde der Charakter als Medizinalrat verliehen.

— **Colditz i. Sa.** Der Direktor der Landesirrenanstalt, Obermedizinalrat Dr. Böhme, ist gestorben.

— **Wien — am Steinhof.** Der ordinierende Arzt an der Landesirrenanstalt Klosterneuburg Dr. Hans Schnopfhagen wurde zum Primararzt in der VI. Rangklasse in den Landesanstalten „am Steinhof“ ernannt. Die Sekundarärzte I. Klasse Dr. Konrad Bayer, Dr. Ernst Herpig und Dr. Johann Jakesch wurden zu ordinierenden Ärzten in der VII. Rangklasse ernannt, der Sekundararzt II. Klasse Dr. Hermann Autengruber wurde zum Sekundararzt I. Klasse ernannt.

Anstaltstechnisches.

— **Praktische Küchenmaschinen für Anstalten.** Auf dem Gebiete der Groß-Küchen-Maschinen hat die durch ihre Haushaltmaschinen zu Weltruf gelangte Firma Alexanderwerk A. von der Nahmer, Akt.-Ges., Remscheid, in den letzten Jahren sehr bemerkenswerte Erfolge gehabt. Durch Schaffung geeigneter Maschinen für die Bedürfnisse großer Anstaltsküchen und durch äußerst praktische Zusammenstellung zu vollständigen Anlagen hat sich das Alexanderwerk zweifellos den Dank vieler Anstaltsleiter usw. erworben.

Wir sind heute in der Lage, einige Abbildungen von Alexanderwerk-Anlagen zu bringen, und bei dem großen Interesse, das unsere Leser an diesen Maschinen-Anlagen haben werden, ist es wohl angebracht, wenn wir noch einige Erläuterungen hinzufügen.

Abb. 1 führt uns in eine größere Anstaltsküche und wir gewahren im Hintergrunde auf einem ge-

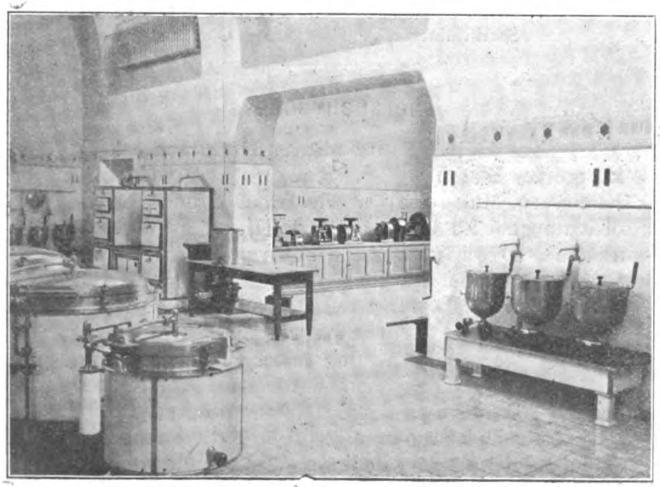


Abb. 1.



Abb. 2.

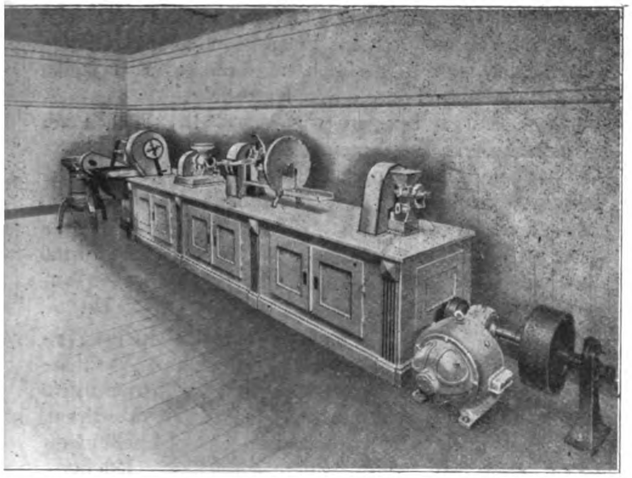


Abb. 3.

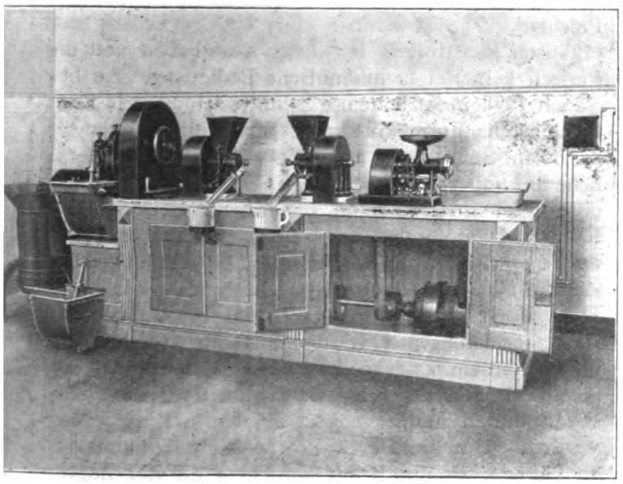


Abb. 4.

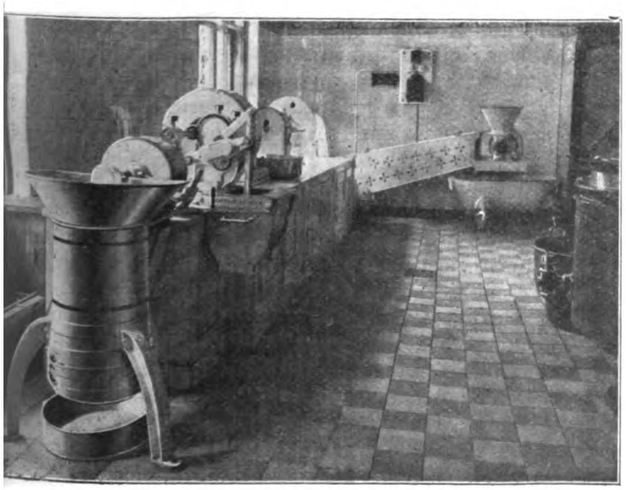


Abb. 5.

meinsamen Schranktisch montiert die Alexanderwerk-Küchenmaschinen.

Die Anordnung der einzelnen Arbeitsmaschinen auf einem als Schrank ausgebildeten Tisch hat sich als sehr praktisch und vorteilhaft erwiesen, auch wird ein harmonisch wirkendes Ganzes erzielt.

Die Abb. 2 bis 5 zeigen verschiedene Alexanderwerk-Küchentische mit den den jeweiligen Bedürfnissen der Küche angepaßten Maschinengrößen usw. Bei allen Anlagen liegt die zum Antrieb der Maschinen dienende Transmission völlig verdeckt in dem Schrank, während der Antrieb durch einen neben oder auch im Schrank angeordneten Elektromotor erfolgt.

Die Arbeitsmaschinen haben sämtlich eigene Aus- und Einrückvorrichtung, sie können also ganz nach Belieben einzeln, gruppenweise oder auch alle zugleich arbeiten. Hierdurch wird zunächst sehr sparsamer Betrieb, aber auch gefahrlose Bedienung erreicht. Um jeder Verletzung vorzubeugen, sind die Antriebriemen durch Schutzkasten verdeckt und an den Maschinen auch sonst geeignete Schutzvorrichtungen getroffen worden.

Die einzelnen Maschinen näher zu beschreiben, halten wir für überflüssig, denn aus den Abbildungen ist alles weitere ersichtlich.

Abb. 6 und 7 stellen die Aufstellung von Alexanderwerks-Maschinen in den Gemüseputzräumen zweier Großküchen dar.

Die wichtigste Maschine im Gemüseputzraum ist ohne Frage die Kartoffelschälmaschine. Das Alexanderwerk hat nun gerade die Frage der Kartoffelschälmaschine mit besonderer Sorgfalt behandelt und in glänzender Weise gelöst. Die Kartoffelschälmaschine „Oceana“, die wir bei den Abb. 6 und 7 ganz rechts bezw. in der Mitte der Maschinen-Anlagen finden, hat sich sehr gut bewährt, und wir wollen es uns nicht versagen, gerade auf diese Maschine etwas näher einzugehen.

Zunächst fällt die schlichte und zweckentsprechende Bauart der Maschine auf. Auf einem Ständer ruht das als Schälkammer ausgebildete Gehäuse, in welchem sich zwei durch eine gemeinsame Welle angetriebene eigenartige Reibscheiben drehen. Der Gang der Maschine ist wohltuend ruhig, denn Zahnräder, Ketten, Federn u. dgl. fehlen vollständig.

Der Schälvorgang ist folgender: Die Kartoffeln werden in den Trichter der Maschine geschüttet und der Schälprozeß beginnt, während ununterbrochen durch die Wasserspülung die Schälrückstände abgeleitet werden. Die Schälkammer bleibt also stets rein.

Durch den Einwurftrichter kann der Schälprozeß beobachtet werden und zur rechten Zeit werden die Kartoffeln durch Umlegen des Hebels vom an der Maschine entfernt. Der Hebel bedient zwei unten im Gehäuse der Maschine befindliche Klappen, über das Ablaufblech gelangen die geschälten Kartoffeln also direkt in ein entsprechendes Gefäß. Die Klappen werden wieder geschlossen und weitere Kartoffeln können in die Maschine gegeben werden.

Der Hauptvorteil der „Oceana“ besteht in der großen Leistungsfähigkeit bei außerordentlich geringem Schälverlust. Weiter ist sehr wesentlich, daß die

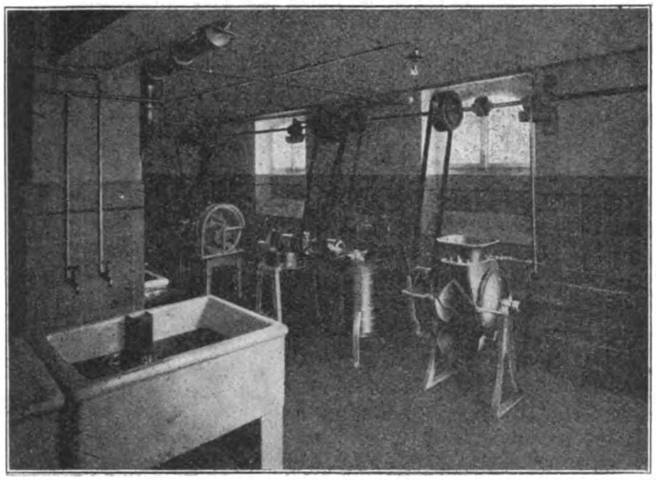


Abb. 6.

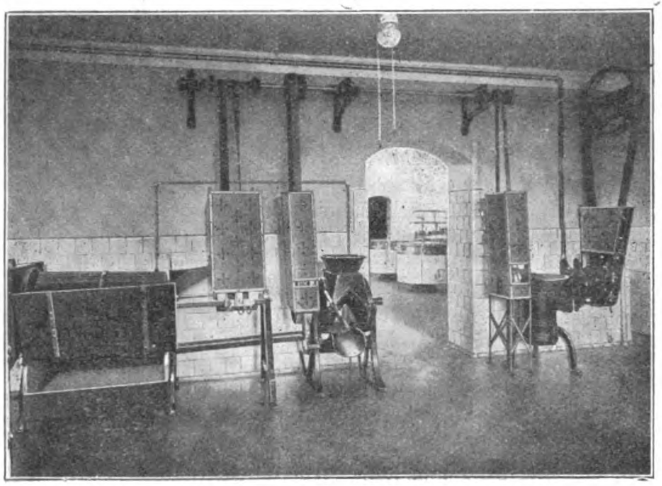


Abb. 7.

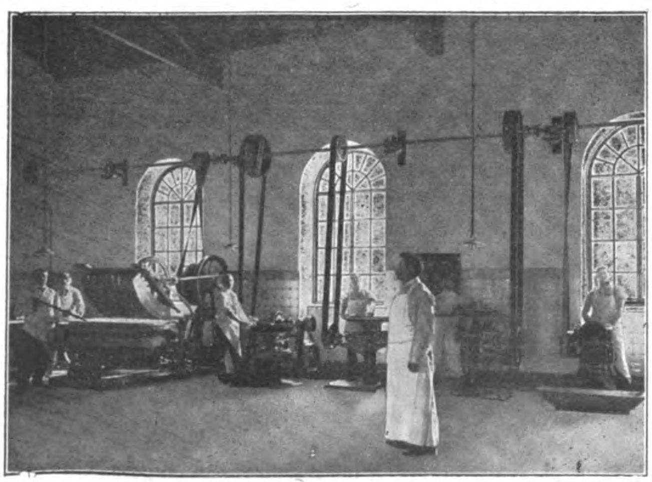


Abb. 8.

Kartoffeln mit vollständig glatter Oberfläche die Maschine verlassen, denn die Reibscheiben schleifen die Schalen nur allmählich ab, reißen also keine Stücke aus dem Fleisch der Kartoffeln.

Zum Schluß bringen wir noch das Bild einer Alexanderwerk-Fleischereimaschinen-Anlage (Abb. 8).

Wir empfehlen unseren Lesern, sich von der Firma Alexanderwerk A. von der Nahmer, Akt.-Ges., Remscheid, die neueste, reich illustrierte Preisliste La L 1912 kommen zu lassen. Wie uns die Firma noch versichert, ist sie auch bereit, Interessenten unverbindlich besuchen zu lassen. Kr.

— Von großer Wichtigkeit sowohl in hygienischer als auch ökonomischer Hinsicht ist zweifelsohne die sogen. **Aachener Geschirr-Spülmaschine** der Akt.-Ges. Houben Sohn Carl, Aachen. Ist sie doch in der heutigen schnellebigen Zeit geradezu ein unentbehrliches Küchenrequisit geworden, sowohl für größere als auch für kleinere Institute, Krankenhäuser, erspart andererseits recht viel an Geschirr, Zeit und Personal. Die Maschinen sind äußerst einfach und praktisch konstruiert, leicht zu handhaben und erfordern keinerlei fachmännische Bedienung. Sie bestehen (vgl. untenstehende Schnittzeichnung) in ihrer einfachsten Form aus zwei nebeneinander angeordneten Spülkesseln a und b mit darüber befindlichem Laufwagen c. Das Spülwasser wird durch eine unter der Maschine befindliche Heizung (Gas, Kohlen, Dampf oder kombiniert) erwärmt, und zwar im Vorspülkessel das Wasser auf 40° und zu gleicher Zeit im Nachspülkessel auf 90° mit nur einer Heizung. Dem Vorspülkessel wird außerdem etwas Seife und Soda beigemengt. Das zu reinigende Geschirr wird in zu diesem Zwecke besonders konstruierten Geschirrkörben d verpackt, welche an über die Rollen vorerwähnten Laufwagens c die Kette f eingehängt werden. Um die Geschirrkörbe leichter handhaben zu können, ist ein Kontregewicht g an der Zugvorrichtung vorgesehen. Nachdem die Kessel wie vorgeschrieben bis zur Marke gefüllt sind, wird der Motor h langsam angelassen und die Maschine ist für eine größere Spülung, ca. 3000 Geschirre, betriebsfertig. Der Korb d wird zuerst in den Vorspülkessel a ca. eine halbe Minute hinabgelassen, dessen Inhalt durch eine eigenartig neukonstruierte patentierte Wasserschleuderturbine I für Kraftantrieb in energische Bewegung versetzt wird. Durch die vereinigte Wirkung der lösenden Kraft der Sodaseifenlauge und der so hervorgerufenen energischen Strudelbewegung der Turbine I werden alle dem Geschirr anhaftenden Fett- und sonstigen Speisereste gründlich entfernt. Der Geschirrkorb d wird dann in den mit heißem Wasser gefüllten Nachspülkessel b einige Male eingetaucht, worauf das Geschirr in hygienisch völlig einwandfreiem Zustande aus diesem Behälter auf die daneben befindliche Abtropfplatte m kommt, wo es durch seine eigene Wärme trocknet und nach kurzer Zeit nicht nur völlig gereinigt, sondern auch erwärmt zum Servieren wieder benutzt werden kann.

Das sich auf der Oberfläche des Nachspülkessels etwa absetzende Fett wird von Zeit zu Zeit durch

den Abspritzer n unter gleichzeitigem Öffnen des Ablaufventils r entfernt.

Die Kessel sind durch eigens konstruierte Rotgußhähne mit 2 Zoll Durchlaß mittels Hahngriffen O

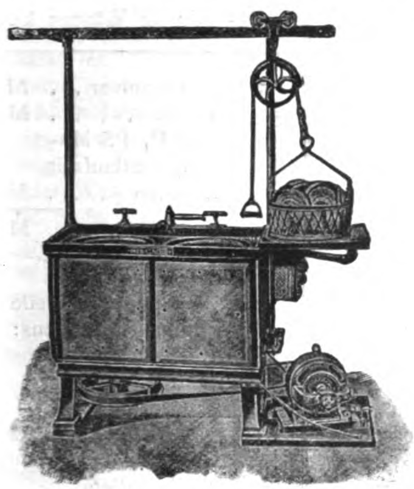


Abb. 1.

und P, die sich hinten auf der Abtropfplatte befinden, an die Abflußleitung angeschlossen, so daß eine Ver-

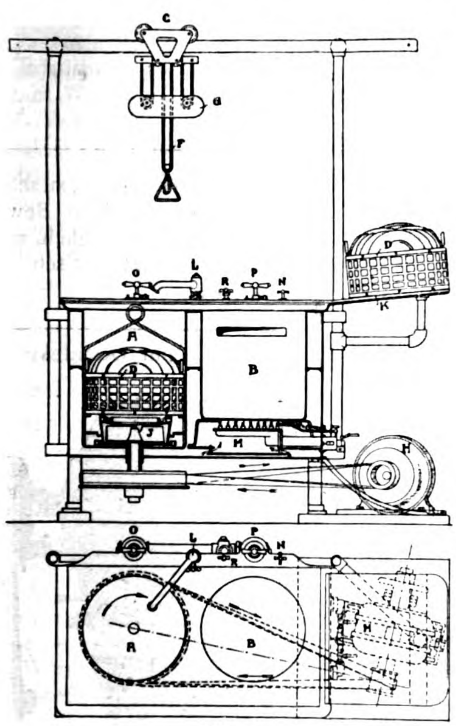


Abb. 2.

stopfung unmöglich ist. Jedes Abreiben und Abtrocknen mit Tüchern oder dergl. kommt also in Fortfall. Bei Verwendung der Doppelmaschine F können zwei Körbe gleichzeitig im Betriebe sein, mithin auch eine doppelt so große Arbeitsleistung erzielt werden.

Die Aktien-Gesellschaft Houben Sohn Carl in Aachen gibt Interessenten gerne weiteren Aufschluß über ihre Erzeugnisse unter Beifügung von Prospekten.

— **Waschmaschinenanlagen.** Dem Werke „Die Elektrizität im Hause" von G. Dettmar, Generalsekretär des Verbandes Deutscher Elekrotechniker, das im Verlage von Julius Springer, Berlin erschienen ist, wird folgendes über Waschmaschinenanlagen entnommen:

„Nachdem in den letzten Jahren die Haushaltungen immer mehr vom Waschen mittels Hand abgegangen sind und die Waschmaschinen eingeführt haben, ist es ganz selbstverständlich, daß dann der elektrische Antrieb der Waschmaschinen noch durchgeführt wird. Hat die Waschmaschine neben einer Schonung der Wäsche schon eine Abkürzung der Arbeitszeit herbeigeführt, so bringt die elektrisch betriebene Waschmaschine erst den vollen Erfolg durch wesentliche Verminderung der Arbeitszeit und Verminderung des Personals. Während bei der gewöhnlich betriebenen Waschmaschine stets zwei Personen notwendig sind, von denen die eine die Waschmaschine bedient, die andere sie betreibt, ist bei der elektrisch betriebenen nur noch eine Person erforderlich, da die Arbeit der zweiten der Elektromotor übernimmt. Die Kosten für den Betrieb des Motors sind außerordentlich gering, so daß der elektrische Betrieb der Waschmaschine und damit auch gleich verbunden der Wringmaschine und eventuell eine Zentrifuge zum Wäschetrocknen sich rasch einführt. Nach Angabe der Firma I. A. John, Aktiengesellschaft in Erfurt-Ilversgehofen stellen sich die Kosten für das Waschen durch Hand, für das Waschen mit Maschine bei Handbetrieb und für das Waschen mit Maschine bei elektrischem Betrieb wie in umstehender Tabelle:

Ungefährer Vergleich der verschiedenen Waschmethoden.

Es sei der Waschprozeß für ein Wäschequantum von 100 kg Wäsche Trockengewicht zugrunde gelegt. 100 kg Wäsche entsprechen etwa der Gesamtmenge von

20 Bettbezügen	ca.	20 kg
20 Bettlaken	„	18 „
40 Kissenbezügen	„	12 „
100 Handtüchern	„	15 „
90 Servietten	„	13 „
20 Tischtüchern	„	12 „
25 Hemden	„	10 „
	ca.	100 kg

In vorstehender Zusammenstellung sind die Nachteile und Vorteile der verschiedenen Ausführungen gegenübergestellt, während in Abb. 1 die elektrisch betriebene Wascheinrichtung der genannten Firma wiedergegeben ist.

E. R. Ritter hat gleichfalls Versuche über die Kosten des Waschens mit Hand gegenüber demjenigen mit elektrisch angetriebener Maschine durchgeführt und die Resultate in einem in einigen Grundbesitzervereinen in Berlin gehaltenen Vortrage be-

Das Waschen von Hand durch Waschfrauen für 100 kg Wäsche kostet:	**Das Waschen in der „Volldampf" mittlerer Größe Nr. $4^1/_2$ mit Handbetrieb** für 100 kg Wäsche kostet:	**Das Waschen in der „Volldampf" mittlerer Größe Nr. $4^1/_2$ mit elektromotorischem Antrieb** für 100 kg Wäsche kostet:
10 kg Kernseife à 75 Pf. M. 7,50 5 kg Soda . . . . . M. —,50 100 kg Kohle . . . . . M. 2,50 2 Waschfrauen je 2 Tage M. 8,— Beköstigung . . . . . . M. 4,— ca. M. 22,50	5 kg Seifenpulver . . M. 3,— 50 kg Kohle . . . . M. 1,25 2 Waschfrauen je 1 Tag . . . . M. 4,— Beköstigung . . . . M. 2,— ca M. 10,25	5 kg Seifenpulver . . M. 3,— 50 kg Kohle . . . . M. 1,25 Strom für $^1/_4$ PS Motor, Gesamtlaufzeit 3 Stunden . . . M. —,30 ca. M. 4,55
Nachteile dieses Verfahrens: Bedeutend höhere Kosten. Komplizierte Arbeitsweise: 1. Kochen der Wäsche. 2. Waschen der Wäsche. 3. II. Kochen der Wäsche. 4. Spülen der Wäsche.	Vorteile dieses Verfahrens: Bedeutende Kostenverminderung. Bedeutende Arbeitsverkürzung: Das Kochen und Waschen der Wäsche erfolgt in der „Volldampf" gleichzeitig.	Besondere Vorteile dieses Verfahrens: Noch bedeutendere Kostenverminderung. Keine Waschfrauen nötig, ein tüchtiges Dienstmädchen besorgt alles allein.
Keine Desinfektion der Wäsche.	Vollendete Desinfektion der Wäsche.	
Die Wäsche wird stark angegriffen durch fortgesetztes Reiben, Zerren, Stauchen und unerlaubte Waschmittel, Bürsten, Waschbretter, Chlorlauge usw. usw.	Die Wäsche wird nicht angegriffen; denn eine Reibung an Riffelflächen findet nicht statt.	
		Falsche Handhabung, zu schnelles Drehen, ungleiche Bewegung ist gänzlich unmöglich, weil die Maschine automatisch richtig arbeitet.
	Gleichzeitig kann die Maschine zur Reinigung und Desinfektion von Bettfedern benutzt werden.	

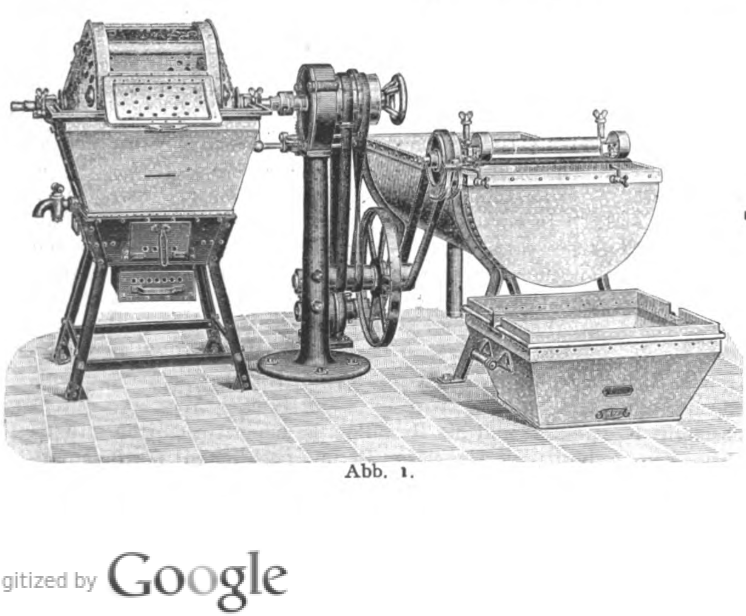


Abb. 1.

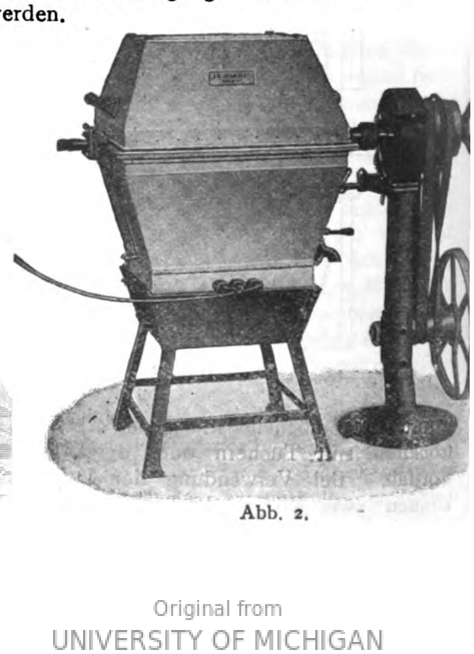


Abb. 2.

kanntgegeben. Die Kosten der vierwöchentlichen Wäsche eines Haushaltes von vier Personen stellen sich wie folgt:

Durch Waschfrau:

Arbeitskräfte 1 Dienstmädchen, 1 Waschfrau, Zeitdauer 1 1/2 Tage.

Personalkosten:

1 Dienstmädchen	0,00	M.
1 Waschfrau Lohn 1 1/2 Tage à 3 M.	4,50	"
Verpflegung 1 1/2 Tage à 1,50 M.	2,25	"
Feuerung	2,00	"
Miete der Waschküche	0,50	"
8 Pfund Seife à 0,35 M.	2,80	"
Soda und Waschblau	0,15	"
Elektrisches Bügeln der Wäsche bei Lichtstrom	2,00	"
	14,20	M.

Durch elektrisch angetriebene Waschmaschine:

Arbeitskräfte 1 Dienstmädchen Zeitdauer 8 Stunden.

Personalkosten	0,00	M.
Stromkosten bei Lichtstrom	0,25	"
Feuerung	0,90	"
Miete der Waschküche	0,25	"
5 Pfund Seife à 0,35 M.	1,75	"
Soda und Waschblau	0,15	"
Elektrisches Bügeln der Wäsche bei Lichtstrom	2,00	"
	5,30	M.

Er hat außerdem auch noch die Kosten, welche bei Erledigung der Wäsche außerhalb des Hauses in einer Wäscherei entstehen, berechnet; sie betragen 30 M. Es sei zu diesen Zahlen noch bemerkt, daß für den Betrieb der Maschine und für das Bügeln der Preis für Lichtstrom eingesetzt ist. Geschieht dies mit Kraftstrom, so verringern sich die Kosten noch um zirka 1,20 bezw. 1,35 M., so daß also sich dann der Vergleich wie folgt stellt:

Kosten der Wäsche:

In einer Wäscherei	30,00	M.
Im Hause mit Waschfrau	13,00	"
Im Hause mit elektrisch angetriebener Maschine	4,95	"

Die Zahlen sind Ergebnisse von 15 Wäschen.

Die Firma I. A. John Akt.-Ges. ist in letzter Zeit noch weiter gegangen und hat nicht nur elektrisch betriebene Waschmaschinen hergestellt, sondern hat auch die Beheizung elektrisch ausgeführt (Abb. 2). Hierbei kommt als besonderer Vorteil noch hinzu, daß durch den Fortfall der Kohlenheizung eine große Sauberkeit der Waschkücheneinrichtung erreicht wird. Ferner wird man unabhängig in bezug auf Aufstellung der Waschmaschine, und die Bedienung der Wascheinrichtung erhält die größte Annehmlichkeit, die man sich denken kann. Insbesondere für Häuser, in denen eine Zentral-Warmwasserbereitung vorhanden ist, wo also Wasser, wie es für das Spülen der Wäsche notwendig ist, bereits vorhanden ist, dürfte die elektrisch beheizte Waschmaschine von Vorteil sein. Die Einrichtung der Waschküche ist dadurch geradezu ideal gestaltet."

Den Lesern kann deshalb nur empfohlen werden, sich die Broschüre „Die Waschküche des modernen Wohnhauses", die viele kleine und große elektrisch betriebene „Volldampf"-Wascheinrichtungen enthält, von der angeführten Firma I. A. John, Akt.-Ges. Erfurt-Ilversgehofen kommen zu lassen.

— **Apparat zur Herstellung alkoholfreier Erfrischungsgetränke.** Bei der herannahenden warmen Jahreszeit scheint es geboten, auf die der Gesundheit zuträglichen alkoholfreien Erfrischungsgetränke wie Selterswasser und Brauselimonaden hinzuweisen, die steigende Beachtung finden, auch in Kreisen, in denen man nicht grundsätzlich auf jeden Alkoholgenuß verzichtet. Ganz besonders aber würden die Verwaltungen der Kur- und Heilanstalten Veranlassung haben, ihren Gästen die genannten Getränke zur Verfügung zu stellen.

Die fortschreitende Technik hat Apparate hervorgebracht, die es jedem größeren Verbraucher ermöglichen, seinen Bedarf an solchen Getränken in vorzüglicher Beschaffenheit mit geringem Kostenaufwand selbst herzustellen. Als Spezialfabrik auf diesem Gebiete ist die Firma Hugo Mosblech, Cöln-Ehrenfeld bekannt, die alle erforderlichen Apparate von der kleinsten bis zur größten Anlage baut und gleichzeitig alle Bedarfsartikel für die Erzeugung der Getränke liefert. Man lasse sich einen Katalog kommen, der an Interessenten kostenfrei abgegeben wird, und orientiere sich über die Vorteile, die mit der eigenen Erzeugung dieser Getränke verbunden sind.

— **Neuartige Liegehallen** stellt die Firma Oskar R. Mehlhorn, Schweinsburg-Pleiße her. Diese ventilationsfähige Licht- und Luft-Ruhehalle ist, wie der Zeitschrift: „Das Sanatorium" vom 30. April 1912 entnommen wird, aus einem mit gerieften Scheiben verglasten Eisengerippe hergestellt. Alle mit der Außenluft und dem Glase in Berührung kommenden Teile sind, um das Tropfen zu verhüten, aus amerikanischem Pitchpine-Holz gefertigt. Durch die Riefung der Glasscheiben soll das Blenden des Sonnenlichts abgeschwächt werden, die stehende Glaswand hat meist helle Scheiben für den Ausblick. Die Dachlüftung (Patent Nizza) wird mittels einer drehbaren, von einem Glasdache überdeckten Klappe bewirkt. Die Luftschlitze sind gegen das Eindringen der Insekten durch feine Drahtgaze gesichert. Auch an den Seitenwänden befinden sich Lüftungsvorrichtungen. Schattendecken, aus Pitchpine-Holz-Stäbchen hergestellt und an Drähten laufend, sind zur Abhaltung übermäßiger Wärmebildung und zu grellen Lichtes etwa 10 cm über den Glasscheiben angebracht. Der Abkühlung der Innentemperatur dient eine Sprengvorrichtung, die aus einem liegenden Rohr unter der Firstlüftung kaltes Wasser auf die Glasscheiben spritzt. Eine Heizung ist ebenfalls angebracht (Warmwasserrohre).

— Die **Bettstelle „Nulli-Anguli"**, durch deutsches Reichspatent geschützt, hat folgende Vorzüge: sie ist ganz glatt, ohne jede Verstrebung, autogen geschweißt, naht- und fugenlos, gleichwohl vermöge

einer besonderen Vorrichtung demontierbar. Sie wird für Infektionszimmer besonders empfohlen.

(„Die Heilanstalt", 9. Mai 1912.)

— Als **Matratzenschoner** wird statt Molton oder Leinenstoff der wasch- und desinfizierbare, gesetzlich geschützte Zellulose-Matratzenschoner empfohlen; er liegt vermöge der eigenen Schwere ganz glatt auf der Stahlmatratze und braucht nicht befestigt zu werden. („Die Heilanstalt", 9. Mai 1912.)

Eine wichtige Mitteilung betr. Röntgenröhren.

Der wichtigste Faktor für die gesamte Röntgenpraxis ist das Konstanthalten des Härtegrades der Röntgenröhren während des Betriebes, besonders bei starker Inanspruchnahme derselben.

Es war deswegen das Bestreben der Technik der Röntgenröhren- und Instrumenten-Fabrikation stets darauf gerichtet, die Apparate so zu konstruieren, daß auch während der Beschickung der Röhren mit starken Energieen die allzu große Erhitzung derselben möglichst vermieden wird und damit der Härtegrad möglichst gleichmäßig erhalten bleibt.

Trotz großer Bemühungen konnte die Technik dies nur unvollkommen erreichen.

Längere Durchleuchtungen, Zeit-Aufnahmen, langdauernde Bestrahlungen (z. B. von Myomen), welche ein längeres Durchschicken starker Energie erfordern, erhitzen die Röhren und führen zum Weicherwerden derselben. Deswegen muß die Röhre ausgeschaltet und die Röntgenarbeit unterbrochen werden.

Ebenso kann die Röhre plötzlich umschlagen, wodurch sie unbrauchbar wird. Das Konstanthalten des Härtegrades der Röhre spielt daher auch im Röntgenetat die wichtigste Rolle.

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Jaksch aus Prag machte auf dem diesjährigen Röntgenkongreß zu Berlin auf ein einfaches und praktisches Mittel aufmerksam, mit dem es gelingt, die beim Gebrauch sich erhitzende Röntgenröhre während des Betriebes gefahrlos abzukühlen und ihren Härtegrad gleichmäßig zu erhalten.

Er benutzt dazu die elektrische Heiß- und Kalt-Luftdusche „Fön", indem er den kräftigen, gleichmäßigen kalten Luftstrom derselben während des Betriebes auf die Röhre einwirken läßt.

Durch dieses so überaus einfache Verfahren wird dem allseitig von den Röntgenologen empfundenen Mangel endgültig abgeholfen und der Röhrenverbrauch wesentlich herabgemindert.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 11. 15. Juni **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Nutzanwendung der Leitsätze Dr. G. Kolb's (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten) für die

Ausgestaltung der Irrenanstaltsfiliale in Iglau (Mähren) zu einer selbständigen Irrenanstalt.

Von Direktor Dr. *Alfred Hellwig*, Brünn.

(Fortsetzung.)

Selbstverständlich liegen nicht überall und bei allen Anstalten die Verhältnisse für eine Erweiterung über die ursprünglich programmäßig festgelegte Größe hinaus in gleichem Grade ungünstig (wie in Brünn), und es erscheint vielleicht angezeigt, die Folgerungen, die sich aus den obigen Darlegungen für die Würdigung dieser Verhältnisse ergeben, kurz zusammenzufassen:

1. Eine im Pavillonsystem erbaute Anstalt wird leichter, und ohne daß allzu erhebliche Nachteile vom hygienischen oder psychiatrischen Standpunkte aus unvermeidlich sind, zu erweitern sein, als eine nach dem Korridorsystem erbaute.

2. Je älter die ersten Gebäude sind, je öfter bereits Erweiterungen über die ursprünglich programmmäßig festgelegte Größe hinaus stattgefunden haben, je kleiner der Grundbesitz, je weniger homogen die Anstalt in ihrem jetzigen Zustande ist, desto weniger befriedigend werden die durch eine Erweiterung geschaffenen Verhältnisse sein (Brünner Anstalt).

3. Je größer der Wechsel im Krankenstande, je weniger stabil die Krankenbevölkerung ist, d. h. je mehr die betreffende Anstalt den Charakter einer Heilanstalt trägt, desto schwerer werden Mißstände empfunden werden, welche aus einer Erweiterung in bezug auf Bau, Anordnung und Einteilung der Gebäude resultieren (siehe Jahresberichte und Statistik der Brünner Anstalt).

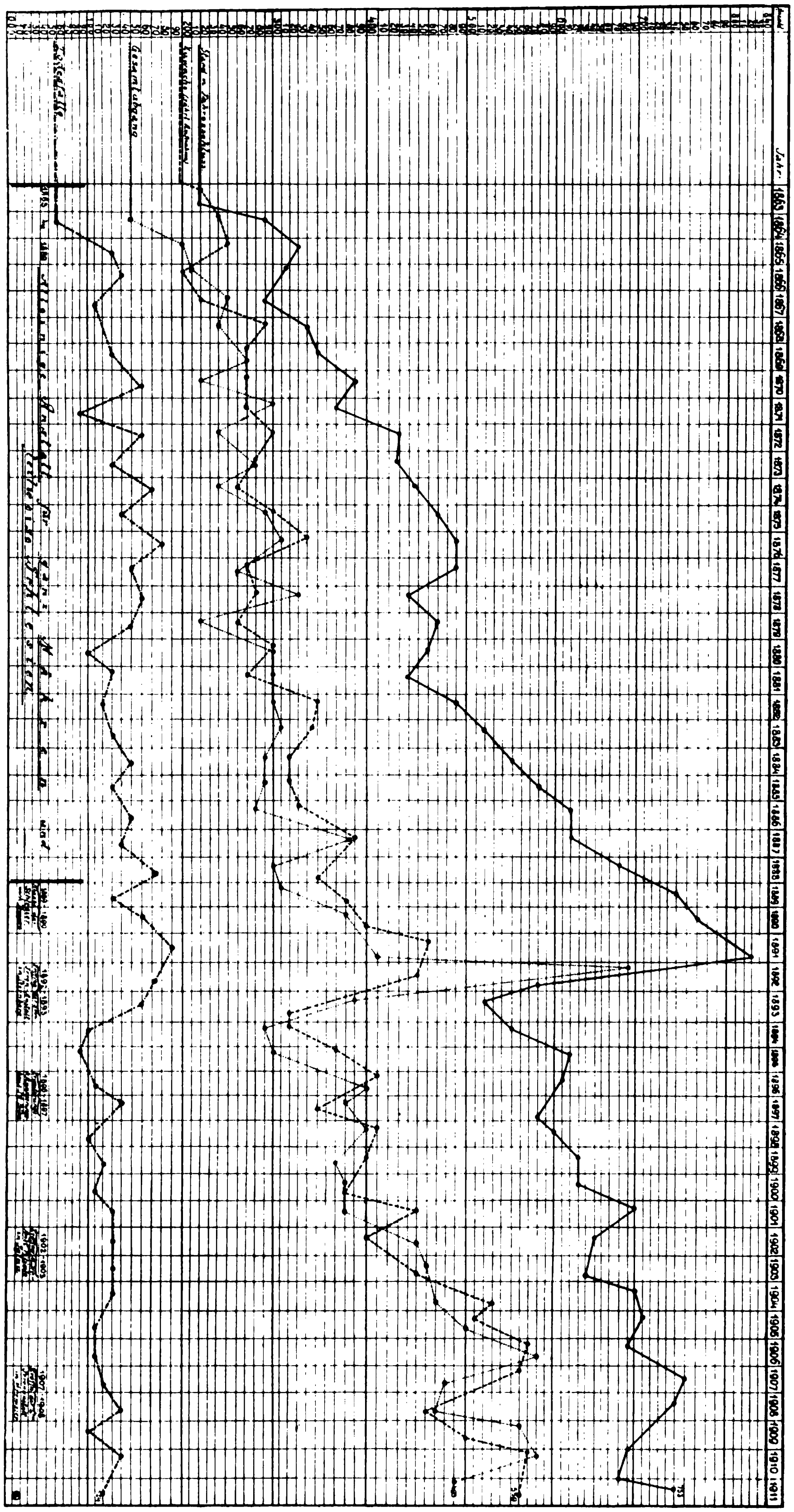
4. Je geringer der Wechsel im Krankenstande, je stabiler die Krankenbevölkerung ist, d. h. je mehr die betreffende Anstalt den Charakter der Pflegeanstalt trägt, desto weniger ist ungenügende Ausdehnung des agrikolen Betriebes und der familiären Verpflegung oder gar das Fehlen derselben zulässig.

5. Eine sehr rasche Zunahme des Krankenstandes einer Anstalt, ein relatives Mißverhältnis zwischen den Zugängen aus entfernten und naheliegenden Bezirken beweist, daß das Aufnahms-Territorium der Anstalt (wie in Brünn) ein zu großes, resp. daß ihre Lage in Rücksicht auf den westlichen Teil des Aufnahmsgebietes (z. B. Iglau usw.) eine nicht entsprechend günstige ist.

Beide Tatsachen sprechen gegen eine Erweiterung der Brünner, für die Ausgestaltung der Iglauer Anstalt.

6. Eine Erweiterung nach einem festen, über eine längere Reihe von Jahren sich erstreckenden Programme, das unter vollständiger Würdigung der gegebenen und sich ergebenden Verhältnisse ausgearbeitet ist (wie für Iglau), wird günstigere Zustände schaffen, als eine Erweiterung (durch geplante Baracken), welche überstürzt, nur um eine Abhilfe für eine bestehende Überfüllung um jeden Preis zu schaffen, vorgenommen werden muß.

7. Die Entwicklung einer Überfüllung, welche zur vollständigen, ja unzulässig hohen Belegung auch der rückständigsten Räume zwingt, wird in einer Anstalt mit einer Anzahl von den modernen Anschauungen nicht entsprechenden alten Gebäuden in Bälde stets zu den schwersten Mißständen führen.



Graphische Darstellung der Krankenbewegung in der mährischen Landesirrenanstalt in Brünn in den Jahren 1863—1911.

Das Urteil über die Frage der Erweiterung läßt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Jede Erweiterung einer Anstalt über die ursprünglich programmmäßig festgelegte Krankenziffer hinaus trägt a priori den Stempel des Minderwertigen in sich selbst. Unter günstigen Bedingungen wird es wohl in der Regel gelingen, zulässige Verhältnisse zu schaffen, selten wirklich gute.

Die Beobachtung, daß auch in alten, später erweiterten Anstalten vielfach Gutes geleistet wird, vermag lediglich Bewunderung für die Leistungen des Chefs der Anstalt, für deren Ärzte hervorzurufen, ohne daß sie an jenem Urteil etwas zu ändern vermöchte.

Nach all dem oben angeführten und nach den Denkschriften der beiden Irrenanstalts-Direktoren sowie der letzten Broschüre ist der Nachweis erbracht, daß eine Erweiterung in früheren Jahren nur eine vorübergehend wirksame Maßnahme geblieben ist, welche die Notwendigkeit der Anlage neuer Anstalten zeitlich hinauszuschieben, aber nicht dauernd zu beseitigen vermochte.

Heute an eine Erweiterung, sei es auch nur durch Baracken, zu denken, ist durch die Verhältnisse längst überholt und es muß schleunigst an die Platzwahl der IV. Irrenanstalt geschritten werden, da die Überfüllung bereits so hohe Grade erreicht, so krasse Mißstände gezeitigt hat, daß die Notwendigkeit einer sofortigen Abhilfe alle anderen Gesichtspunkte vollständig zurückdrängt und die Ausgestaltung der Irrenfürsorge nach Ausschaltung des finanziellen Standpunktes eine unbefangene Würdigung der psychiatrischen Gesichtspunkte durch die beschließende Landes-Vertretung erfahre.

Die in neuerer Zeit vielfach hervortretende Vorliebe für sehr große neue Anstalten, deren Maximalgröße für 600 Kranke den Fachleuten quasi als Dogma gilt, bedingt enorme einmalige Ausgaben, vor denen die Landesvertretungen zurückzuschrecken pflegen. Letztere trachten daher, diese Angelegenheit möglichst lange hinauszuschieben.

Bei der Feststellung der Größe einer neu zu erbauenden Anstalt muß dem Rechnung getragen werden, daß der programmgemäße Ausbau der neuen Anstalt vor allem die Kolonie und die planmäßige Entwicklung der familiären Verpflegsform anstrebe. Letztere — empfehlenswert wegen größtmöglichster Annäherung an die gewohnten Lebensverhältnisse und des geringen finanziellen Aufwandes — erscheint für einen rationellen Ausbau einer Anstalt deswegen doppelt geeignet, weil durch sie die Nebengebäude der Anstalt (Koch- und Waschküche, Festsaal etc.) nicht oder fast nicht in Anspruch genommen werden.

Platzwahl:

Nach dem „Berichte des Finanzausschusses über die Vorkehrungen gegen die Überfüllung der Landes-Irrenanstalten in Brünn und Sternberg" (158. Beilage, 6. Session 1902) war die Wahl lediglich zwischen Kremsier und Bistritz a. H. zu treffen, nach den vom hohen Landes-Ausschuß aufgestellten sieben Gesichtspunkten, denen zufolge Kremsier in jeder Hinsicht der Vorzug gebührt, wobei nur der hohe Preis des Baugrundes Bedenken erregte.

Die finanzielle Seite aber bei der Errichtung einer neuen Anstalt ist von zwei Gesichtspunkten aus in Betracht zu ziehen:

1. Handelt es sich um eine einmalige Ausgabe für den Bau der Anstalt, so erscheint der Kaufpreis allerdings ungewöhnlich hoch, wird aber durch die im Berichte angeführten bautechnischen Gründe erheblich reduziert, vielleicht geradezu gleichgestellt den Erbauungskosten in Bistritz a. H.

2. Neben der einmaligen Ausgabe aber handelt es sich um dauernde, die durch den Betrieb der Anstalt verursacht werden, und in diesem Falle war bei der Möglichkeit, sich in Kremsier der Beleuchtungsanlage, Kanalisation, Wasserleitung, Telegraph- und Telephonanlage der Stadt anschließen zu können und in Rücksicht auf den dadurch schon von vornherein sichereren und verläßlicheren Betrieb ein erheblicher Vorzug gegeben gegenüber Bistritz a. H.

Schon bei Ausführung des Baues in einer Stadt wie Kremsier, wo sich allerlei Gewerbetreibende eher finden dürften als in Bistritz a. H. fanden, mußte dieser Vorzug auch erheblich in die Wagschale fallen. Die erheblich günstigeren Approvisionierungsverhältnisse Kremsiers mit seinen großen Wochenmärkten, sowie die zentrale Lage zu verschiedenen Bahnstrecken, können auf die billigere Verwaltung und leichtere Administration gegenüber Bistritz a. H. erheblichen Einfluß nehmen.

Auch der Bedarf an tüchtigen Ärzten, Wartpersonen und anderen Bediensteten wird sich eher decken und an die Anstalt fesseln lassen, als in dem vom Verkehre abseits gelegenen Bistritz a. H.

Zur Behandlung Geisteskranker gehört vor allem ein berufsfreudiges, immer auf der Höhe der Wissenschaft stehendes Ärzte- und Wartpersonal, das steter Anregung durch den Verkehr bedarf, soll es nicht durch die Einsamkeit und Abgeschlossenheit bei

Mangel an entsprechendem und geistig anregendem Verkehr versauern und verbauern.

Die Wissenschaft stellt an die Lage und Umgebung nach Seiferts preisgekrönter Schrift folgende Anforderungen:

Die geeignetste Lage bietet: ein mäßig erhöhtes, trocknes und gesundes, für Luft und Sonne offenes, in angenehmer Landschaft und unmittelbarer Nähe einer kleinen Stadt belegenes Landstück.

Dasselbe muß isoliert und von Fabriks- und anderen störenden Anlagen entfernt, völlig arrondiert und von allen Seiten leicht zugänglich sein.

Hierbei hat man besonders zu berücksichtigen Anhöhen, welche nach Osten und Süden offen, vor nördlichen Winden Schutz gewähren, die Nähe reichlichen Quellwassers, landschaftliche, durch den Wechsel von Berg und Tal, Busch und Feld gebotene Mannigfaltigkeit und Schönheit.

Anhöhen gestatten eine freiere und reichere Aussicht als Ebenen und Tieflagen, hindern unbefugte Einblicke, erleichtern die notwendige Abschließung der Anstalt, begünstigen die natürliche Ventilation, die Abführung von Unreinigkeiten aller Art usw. Reichliches Trink- und Flußwasser sind ein wesentliches Bedürfnis der Anstalt. Die Nähe der Gebirge bietet häufig den Vorteil, daß das von denselben herbeigeleitete Quellwasser ohne Druckapparat zu den höchsten Teilen des Gebäudes geleitet werden kann. Die Nähe einer kleineren Stadt gewährt den Vorteil einer erleichterten Lieferung der Nahrungsmittel, Arzneien und anderer Bedürfnisse der Anstalt. Kleinere Städte haben den Vorzug mäßigerer Preise, größerer Freiheit bei Spaziergängen und ländlichen Ausflügen, eines geräuschloseren und friedlicheren Stillebens, in welches die aufregenden Nachrichten der Tagespresse erst verspätet und gemildert einkehren. Unter mehreren kleineren Städten ist aus Rücksicht auf die Beschleunigung des Eintritts der Kranken die dem Knotenpunkte mehrerer Verkehrslinien am nächsten liegende die geeignetere.

Der Baugrund der Anstaltsgebäude sei gleichmäßig fest, trocken und gesund. Am meisten wünschenswert ist Kalk- oder Kiesgrund. Bei der Stellung der Gebäude sind die hauptsächlichen Wohn- und Schlafräume, den Bedürfnissen des mitteleuropäischen Klimas gemäß, nach Süden und Südosten, die Verbindungsgänge nach Norden und Nordwesten zu kehren.

Das Gartenland und Feld sei humusreich und leicht zu kultivieren. Auch nach Dr. Kolbs „Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, fünfte und sechste Lieferung" sprachen die bezüglich der Lage zu berücksichtigenden Verhältnisse (Punkt 1 bis 7) mehr für die Wahl Kremsiers.

Konnte der Unterzeichnete mit Rücksicht auf den Umstand, daß er als Fachmann von der Besichtigung der Bauplätze ausgeschlossen wurde, diese nur nach allgemeinen fachlichen Gesichtspunkten und den Akten beurteilen, so hatten sich entschieden der zugezogene Fachmann Direktor Schubert und Baudirektor Kranz, dessen vorzügliche Schöpfungen auf dem Gebiete der Humanitätsanstalten uns Spitalärzten unvergeßlich bleiben, für Kremsier ausgesprochen, wofür auch sämtliche Primarärzte der Irrenanstalten, denen diese Orte bekannt sind, plädierten dürften, wie dies auch die Ärztekammer von ihrem Standpunkte als Vertreterin der Ärzte-Interessen getan hat. Das Votum der Sanitätsbehörde konnte daher nur in zweiter Linie ins Gewicht fallen, da neben hygienisch-sanitären Anforderungen, die den Irrenärzten betreffs ihrer Anstalten nicht unbekannt sind, erheblichere und wichtigere, anderweitige Fragen noch in Betracht gezogen werden müssen, die zumeist nur den in der Organisation und dem Betriebe von Irrenanstalten durch Jahre praktisch betätigten und erfahrenen Fachleuten (Psychiatern) geläufig sind. Daher hat auch das Land bisher immer die Gutachten von Fachleuten, wie Prof. Schlager und v. Krafft-Ebing usw. als ausschlaggebend betrachtet, die Anträge der Sanitätsbehörde nicht unter allen Umständen von dem Schwergewichte angesehen, daß es jetzt allein entscheidend wäre. Die Zuziehung eines hervorragend praktischen Fachmannes, wie dies Regierungsrat Direktor Dr. Tilkovsky in Wien ist, wäre analog wie in früheren Fällen im Lande vor der Entscheidung empfehlenswert gewesen. (Schluß folgt.)

(Aus der St. Josef's Heilanstalt, Berlin-Weißensee.)

China-Lecin und Lecin bei Nerven-und Geisteskranken.

Von Nervenarzt Dr. med. *Rudolf Topp*, dirigierendem Arzte der Anstalt.

Ebenso schwierig wie undankbar ist in vielen Fällen von Erkrankungen des Zentralnervensystems das therapeutische Handeln des Arztes. Zu einer kausalen Therapie ist bisher nur bei gar wenig Krankheitsformen der Grundstock gelegt; wir müssen uns trotz der enormen Verfeinerung und Fortschritte

der diagnostischen Technik noch fast überall mit symptomatischer Behandlung begnügen, und sind stolz darauf und können es mit Recht sein, wenn wir in dieser Hinsicht augenfällige, ja mitunter ganz erstaunliche Erfolge erzielen. Wo wir nicht heilen können, wenigstens zu lindern, Schmerzen zu beseitigen, Schlaf und Appetit zu regeln, Schwächezustände jeder Art und jeder Provenienz zu bekämpfen — und mit alledem eine allgemeine Kräftigung des kranken Organismus und Hebung seiner Widerstandskraft zu bewirken, das ist bei unserem heutigen Wissen und Können wohl mit der bedeutendste Faktor im Rüstzeuge des Nerven- uud Irrenarztes. „Schwächezustände zu bekämpfen“, wie leicht ist das gesagt — und doch wie schwer oft, erfolgreich durchzuführen. Legion ist die Zahl der empfohlenen anorganischen und organischen Kräftigungsmittel, und tagtäglich werden neue mit gewaltiger Reklame auf den Markt geworfen, eines immer besser und wirksamer als das andere — so wenigstens geben die Fabrikanten an —, man muß sich da eigentlich wundern, daß es überhaupt noch schwächliche und schwache Menschen gibt. Aber hier gerade zeigt sich die Kunst des wissensreichen erfahrenen Arztes: Sorgfältig zu prüfen, für jeden einzelnen Fall das Rechte auszuwählen, die Spreu von dem Weizen zu sondern, dann, was er als gut und brauchbar befunden hat, zur richtigen Zeit, in der richtigen Form und vor allem auch genügend lange Zeit hindurch zu verordnen, die sorgfältige Ausführung der Verordnung zu überwachen und zu kontrollieren — dann, aber auch nur dann wird die Freude am sichtlichen Erfolge der Lohn seiner Mühe und Arbeit sein. Er hat das Seine getan, und wenn doch schließlich die organische Nerven- oder Hirnkrankheit Sieger bleibt, das körperliche Leben, den geistigen Besitzstand oder beides vernichtet — nicht kampf-, nicht ruhmlos ist dann der Arzt unterlegen. —

Gesundheit und Kraft erhält sich der an sich gesunde Organismus am besten durch eine den Naturgesetzen entsprechende Lebensweise und Ernährung. Nichts halte ich für widersinniger und verkehrter, als hier sich mit künstlichen Mitteln helfen oder nachhelfen zu wollen. Ganz anders liegen die Verhältnisse beim kranken Menschen, wenn Appetit und Verdauung nicht normal funktionieren, wenn die Ausnutzung und Assimilation der zugeführten Nahrung eine ungenügende, pathologisch veränderte und als Folge davon der gesamte Stoffwechsel in verkehrte Bahnen gedrängt ist. Dann ist der Circulus vitiosus geschaffen: Das alle Funktionen beherrschende und regulierende Nervensystem wird am ersten und schwersten geschädigt und damit hinwieder der reguläre Ablauf der Zellenregeneration noch mehr beeinträchtigt usw. Hier heißt es dann mit künstlichen Mitteln eingreifen, daneben natürlich nie vergessen, auch die Diät und die gesamte Lebensweise des kranken Individuums den Erfordernissen des Falles entsprechend einzurichten bezw. anzupassen. Alles Schematisieren ist hier wie überall im Leben nur vom Übel. Alte Erfahrung hat bewiesen, daß vor allem drei Arzneistoffe aus anorganischem Gebiete von oft eklatantem Erfolge sind, wenn es gilt, eine Kräftigung des erkrankten Nervensystems und damit indirekt oder direkt des erkrankten Organismus zu bewirken: „Eisen, Arsen, Phosphor.“ Auf die pharmakologischen Eigenschaften und die pharmakodynamischen Wirkungen dieser drei Elemente einzugehen, erübrigt sich wohl. Sie sind allgemein bekannt, widerspruchslos anerkannt und gebührend gewürdigt. Durch theoretische Erwägungen und praktische Erprobung ist auch als feststehend anzusehen, daß eine Kombination dieser drei in vielfacher Form möglich ist, und daß der Nutzen solcher Kombinationspräparate in geeigneten Fällen dem der Einzelstoffe unleugbar überlegen ist. So hat die chemisch-pharmazeutische Technik deren eine ganze Reihe gute und brauchbare geschaffen, aus denen der Arzt sich das jeweilig geeignete aussuchen mag. Daß es so ist, ist mit Dank zu begrüßen; es kommt ja auch bei der allgemeinen Indikation „Kräftigung des Organismus“ des öfteren vor, aus diesem oder jenem Grunde ein sonst geeignetes Präparat aussetzen bezw. mit einem anderen gleich oder ähnlich wirkenden wechseln zu müssen.

Naturgemäß ist es nicht Sache des praktischen Arztes, neuere und neue Präparate auf ihre Wertigkeit und Brauchbarkeit zu prüfen. Dazu fehlt ihm teils die Zeit, teils — und das erscheint mir besonders wichtig — fehlt ihm in den meisten Fällen die Möglichkeit der zur sachgemäßen, vorurteilsfreien Beurteilung nötigen Wirkungskontrolle. Hier müssen Klinik und Krankenhaus ergänzend einspringen, und so ergibt es sich ganz von selbst, daß der fortstrebende Anstaltsarzt mit Vorliebe die Prüfung und Erprobung empfehlenswert erscheinender Medikamente in die Hand nimmt und die gewonnenen Resultate sei es pro, sei es contra zu Nutzen und Frommen der Allgemeinheit bekannt gibt.

Durch eine Reihe günstiger Berichte über das von Dr. E. Laves dargestellte und in den Handel gebrachte „Lecin“ veranlaßt, habe auch ich in der von mir geleiteten Anstalt für Nerven- und Geisteskranke genanntes Präparat in einer Reihe geeignet erscheinender Fälle in Anwendung gebracht. Ohne

mich auf die chemischen, pharmakodynamischen Eigenschaften, die Darstellungsweise etc. des Präparates näher einzulassen — Interessenten finden darüber alles Nähere in der bereits vorhandenen Literatur —, will ich nur in Kürze sagen, daß Lecin eine Eisen-Phosphor-Albuminatlösung ist, deren Eisengehalt ca. 3 fach größer als der der meisten aromatischen Eisentinkturen ist. Im Vergleich mit dem so viel verordneten Liquor ferri albuminati enthält Lecin doppelt soviel Eisen, die Patienten nehmen das neutrale Lecin lieber als den seifig schmeckenden Liq. ferri und klagen nie über Magenbeschwerden, wie das bei dem Liq. ferri so oft der Fall ist. Die im Lecin enthaltenen Phosphorverbindungen unterstützen die appetitanregende und roborierende Wirkung des neutralen Eisenalbuminats und verschaffen ihm einen Vorzug vor anderen ähnlichen Mitteln; dabei ist Lecin, ein nicht zu unterschätzender Vorzug, billiger als die meisten Eisenmittel. Neutral, wohlschmeckend infolge anregender Gewürzauszüge, frei von schädigenden Einflüssen auf die Zahnsubstanz, die Schleimhäute des Verdauungstraktus, wirkt Lecin stark appetitanregend, eine Eigenschaft, die ich auf Grund meiner Versuche unbedingt bestätigen muß. Auch die bereits von anderer Seite hervorgehobene Zunahme der freien Salzsäure im Magensafte bei Darreichung unseres Präparates konnte ich in einigen Fällen nachweisen. Die Hauptforderung aber, die man an ein gutes brauchbares Eisenpräparat stellen muß: „möglichst langsame und, dadurch bedingt, möglichst vollständige Resorption" erfüllt Lecin in ausgezeichneter Weise — und darauf ist sicherlich die vorzügliche Wirkung auf die Zunahme des Hämoglobingehaltes und die Vermehrung der roten Blutkörperchen zurückzuführen. Verbindungen des Lecin's mit Arsen und Chinarindenauszug „Arsa-Lecin" und China-Lecin wirken prompt und reizlos in analoger Weise, wobei die angegliederte Komponente noch ihre Eigenwirkung als Adjuvans, mehr oder minder zur Geltung bringt. Ich habe mich in allen meinen Fällen ausschließlich des flüssigen Präparates bedient, das durchweg gern genommen wurde; besonders gern habe ich die Modifikation „China-Lecin" verordnet. In Fällen von Nahrungsverweigerung habe ich dasselbe in Dosen von 5—10 g der flüssigen bezw. weichbreiigen Nahrung zugesetzt und mit Schlundsonde eingeführt.

Im ganzen habe ich Lecin und China-Lecin bislang in 34 Fällen versucht, davon 28 in der Anstalt und 6 Fälle in ambulatorischer Behandlung beobachtet und kontrolliert. Nur die ersten kommen für einwandsfreie Begutachtung in Frage, da nur bei ihnen Fehlerquellen mit genügender Sicherheit auszuschließen sind. Sämtliche Fälle betrafen Erkrankungsformen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. Bevor ich einige besonders markante Fälle heraushebe, kann ich im allgemeinen sagen, daß das Medikament nur in wenigen Fällen (5) ganz versagt hat, in 11 Fällen hat es eine deutliche, wenn auch nur mäßige und passagere Wirkung gezeigt, in 12 Fällen ganz ausgezeichnet sich als Tonikum und Roborans bewährt. Die Verschiedenheit der Krankheitsformen, vor allem ihre Schwere und prognostische Wertigkeit, je nachdem es sich um organisch bedingte oder funktionelle Leiden handelte, läßt diese unterschiedliche Wirkung ohne weiteres verständlich erscheinen. Selbstredend wurde in allen Prüfungsfällen außer entsprechender Diät kein weiters medikamentöses Roborans gegeben. Irgend welche üblen Nebenwirkungen, Reizerscheinungen auf Magen- und Darmtraktus habe ich nicht beobachtet. Im Gegenteile wurde das Präparat auch bei nachweisbar pathologisch alterierten Verdauungsverhältnissen durchweg gut vertragen. Aus der Zahl meiner Versuchsfälle möchte ich nur einige wenige nachfolgend kurz schildern:

1. R. S., 36 Jahre alt, Ingenieur. Lues cerebri. Kräftig gebauter, großer (1,79 m) Mann. Erkrankung besteht nachweislich etwa 1¼ Jahr. Seitdem bald in klinischer, bald in ambulatorischer Behandlung; Erfolg im ganzen recht gering. Eine Salvarsankur vor einem halben Jahre hat eine entschiedene „Verschlimmerung" des Leidens bedingt. Aufnahme in die Anstalt vor 4 Monaten. Mit Außerachtlassung der spezif. Krankheitssymptome vor allem hervorzuheben beim Eintritt: Völlige Anorexie, hochgradiger Gewichtsverlust und Kräfteverfall. Anfangsgewicht 48,7 kg. Hämoglobingehalt des Blutes 43,5%. Neben üblicher rein symptomatischer Behandlung und leichter blander Diät 3 mal tgl. 10 g China-Lecin kurz vor der Mahlzeit. Schon nach einigen Tagen eine wirklich auffallende Besserung des Appetites. Verlangen nach reichlicherer und konsistenterer Nahrung wird spontan geäußert. Rasche Hebung des Körpergewichts, damit des allgemeinen Kräftezustandes. Die gemütliche Depression macht einer hoffnungsreicheren Stimmung Platz. Heute nach 3½ monatiger Lecin-Darreichung beträgt das Körpergewicht 62,3 kg; der Hämoglobingehalt des Blutes 57,2%. Die vordem fahlgelbe Gesichtsfarbe ist bedeutend frischer und rosiger, die sichtbaren Schleimhäute zeigen die gleiche, gegen früher sofort auffallende, günstige Veränderung.

2. F. St., 42 Jahre, Offizier a. D. Manischdepressives Irresein: depressive Phase. Anfall besteht bei der Aufnahme etwa 14 Tage. P. liegt völlig apathisch und teilnahmslos zu Bett. Starke psychomotorische Hemmung. Der stark abgemagerte und hochgradig anämische Mann muß mit der Schlundsonde gefüttert werden. Zusatz zur Nahrung 4 mal tgl. 10 g China-Lecin. Auch in diesem Falle ist nach jetzt 3 monatiger Lecin-Darreichung trotz bislang ziemlich gleichbleibendem psychischen Verhalten eine Steigerung des Körpergewichts um 21 kg, des Hämoglobingehaltes um 14,4% eingetreten. Die Lecin-Darreichung wird fortgesetzt.

3. M. A., 46 Jahre alt, Fabrikant. Paralysis progressiva.

Bestand des Leidens nachweisbar ca. 1 Jahr. Zum Skelett abgemagert. Ausgedehnter Dekubitus in der Sakralgegend und an beiden Fersen. Nahrungsaufnahme = 0. Partielle Schlucklähmung. Aufnahme vor $4^1/_2$ Monaten. Mußte anfangs mit Sonde gefüttert werden. Erhielt als Zusatz zur Nahrung zunächst 2 mal tgl. 5 g Lecin. Nach Besserung des Schluckvermögens entwickelte Patient bald einen sehr erfreulichen Appetit; er erhält seit zwei Monaten regelmäßig 3 mal tgl. 10 g China-Lecin. Sein Körpergewicht zeigt gegen das Eintrittsgewicht ein Plus von 18 kg. Der Hämoglobingehalt beträgt 72% (gegen anfangs 63%).

Diese wenigen Fälle zeigen wohl zur Genüge die segensreiche Wirkung unserer Präparate. Bei den übrigen 9 Fällen, in denen es analoge Wirkung aufwies, handelte es sich zweimal um Tabes, dreimal um Tabo-Paralyse, einmal um multiple Sklerose, einmal um kombinierte Systemerkrankung, einmal um Epilepsie und einmal um Neurasthenie mit bes. Beteiligung der sexuellen Sphäre (psych. Impotentia coeundi). In allen diesen Fällen war der Erfolg von Lecin bezw. China-Lecin glänzend und bei gewissenhafter unbeeinflußter Prüfung aller Momente einzig auf dieses Medikament zu beziehen. —

Die andern 11 Fälle, bei denen es wohl eine offenkundige Wirkung, aber weder eine so weitgehende noch eine so lang andauernde entfaltete, rekrutierten sich aus Paralyse, Dementia praecox, enzephalitischen Krankheitsformen, Sklerose der Hirnarterien und 2 Fällen neurasthenischer Phobien. Ganz ohne nachweisbaren Einfluß auf Appetit und Kräftezustand war es bei 5 weit fortgeschrittenen Paralysekranken, die sämtlich innerhalb kurzer Frist zum Exitus kamen.

Lecin und China-Lecin erwies sich mir übrigens als völlig gleichwertig; nach meiner Erfahrung vermag ich dem letzteren eine energischere Wirkung in der Eigenschaft als Stomachikum kaum zuzuerkennen.

Jedenfalls kann ich aber nach gewissenhafter Überzeugung den Fachkollegen die Anwendung unserer Präparate in geeigneten Fällen nur dringend empfehlen.

Massnahmen des Fürsorgeverbands Leipzig hinsichtlich der Unterbringung der Fürsorgezöglinge.

Über die bisherige Wirksamkeit des Fürsorgeverbandes Leipzig und seine Pläne für die künftige Unterbringung der Fürsorgezöglinge berichtet eine vor kurzem vom Vorstande des Verbands veröffentlichte Denkschrift. Ihr entnehmen wir, daß der Verband die Errichtung einer eigenen Anstalt für Schwererziehbare, die nach Kluge 45 bis 50% aller Fürsorgezöglinge betragen, plant, nachdem das Verhältnis der Fürsorgezöglinge zu den Einwohnern im Bezirke auf 7,47 zu 10000 gestiegen ist, mit dieser Verhältniszahl, die am 1. Oktober 1911 einem Bestande von 921 Zöglingen gleichkam, die Schwierigkeiten der Unterbringung in schon bestehenden Anstalten erheblich gewachsen sind und da auch die finanzielle Belastung, namentlich wegen der vielen nichtsächsischen Zöglinge, immer größer wird.

Die Anstalt soll als offene angelegt werden und ist vorläufig für 300 Pfleglinge beiderlei Geschlechts bestimmt. Diese werden in Einzelhäuser in Gruppen von höchstens 15 Zöglingen untergebracht, da man von dieser Unterbringungsform mit der dadurch gegebenen Möglichkeit einer individuellen Behandlung einen besseren Erziehungserfolg erwartet. Im allgemeinen denkt man eine Trennung der Knaben und Mädchen durchzuführen und nur in der Schule gemeinsam Unterricht zu erteilen. Durch landwirtschaftliche und gärtnerische Anlagen, sowie durch Werkstätten wird für Beschäftigung der Zöglinge Sorge getragen. — Die Kosten der Erbauung der Häuser nebst Ankauf des Landes und der inneren Einrichtung werden einen Aufwand von 1 200 000 bis 2 300 000 Mark erfordern.

Neben dieser Hauptanstalt, die in der Nähe der Stadt Mittweida angelegt werden soll, hält aber der Verband noch die Schaffung einer Zwischenanstalt für notwendig, in der zunächst jeder Fürsorgezögling untergebracht, in der er auf seinen psychischen Zustand untersucht und beobachtet und von der er in die für ihn geeigneten Verhältnisse (Familie, Hauptanstalt für Fürsorgezöglinge, Anstalt für sittlich Gefährdete, Irrenanstalt) versetzt wird. Die Zwischenanstalt „Heilerziehungsheim Kleinmeusdorf" soll der Heilanstalt Dösen derart angegliedert werden, daß sie unter die Oberleitung des Leiters der Heilanstalt Dösen gestellt und von dieser ärztlich und wirtschaftlich versorgt wird. Sie erhält in zwei Gebäuden Platz für 75 männliche und 45 weibliche Zöglinge.

Hauptanstalt sowohl wie Zwischenanstalt hofft man im Jahre 1913 in Betrieb nehmen zu können.

Mitteilungen.

— **Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild.** Redigiert von Dr. Heinrich Schlöß, k. und k. Regierungsrat und Direktor der n.-ö- Landesanstalten am Steinhof in Wien.' Umfang 46½ Bogen auf matt Kunstdruck. Mit zirka 460 Abbildungen, Grundrissen und Plänen, in Halbfranz gebunden.

Herr Regierungsrat Direktor Dr. Schlöß hat mit der Herausgabe vorstehend bezeichneten Werkes den Mitgliedern des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke, Berlin 1910, eine liebenswürdige Überraschung und große Freude bereitet. Ich glaube nicht, befürchten zu müssen, daß ich persönlichen Dankesausdrücken vorgreife, wenn ich an dieser Stelle Herrn Reg.-Rat Dr. Schlöß sowie alle seine sehr verehrten Kollegen und die hohen Behörden Österreichs, welche an dem Werke mitgearbeitet haben, des herzlichsten Dankes der Kongreßmitglieder zu versichern mir die Freiheit nehme. Denen, welche dem Kongreß in Wien im Jahre 1908 beigewohnt haben, wird das Werk eine liebe Erinnerung sein an vieles, was sie bezüglich Anstaltseinrichtungen in Österreich als lehrreich und vorbildlich kennen lernten, zugleich aber auch an den Wiener Kongreß selbst mit seinem reichen kollegialen Gedankenaustausch und seinen vielen aufmerksamen, glänzenden Beweisen österreichischer Gastfreundschaft. So bildet das Werk in doppelter Beziehung ein außerordentlich wertvolles Ergebnis des Berliner Kongresses.

Was den Inhalt des Werks anlangt, so braucht wohl nicht besonders ausgeführt zu werden, wie notwendig und wichtig es für den Fachmann ist, durch Einblick in die Anstaltsverhältnisse und die Irrenfürsorge verschiedener Länder den Gesichtskreis bezüglich dieser Dinge möglichst zu erweitern und das Urteil von der Einseitigkeit lokaler Eindrücke zu befreien, zumal Studienreisen nicht so oft, nicht für jeden und nicht überall hin ausführbar sind.

Das Werk ist jedenfalls — dafür bürgt der Name von Herausgeber und Mitarbeitern — berufen, in den mannigfachsten Fragen des Anstaltswesens ein vorzüglicher Berater zu sein. Dr. Bresler.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** Kiel, 30. und 31. Mai 1912.

I. Sitzung in der Aula der Universität, 30. Mai, 9 Uhr vormittags. Schriftführer: Bönitz, Stern, Kehrer.

Begrüßung des Kongresses durch den Vorsitzenden Geh. Rat Moeli, durch den Rektor der Univ. Prof. Dr. Sudhaus, den Oberbürgermeister Dr. Fuß, den Dekan der medizin. Fakultät Prof. Dr. Heine und Landesrat Bachmann.

Referate Hoche und Alzheimer: „Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein."

Vorträge: Kleist und Urstein. Diskussion über die Referate und diese Vorträge.

Vortrag Weber. Diskussion.

II. Sitzung, Hörsaal der Anatomie. 2 Uhr nachmittags.

Kreuser erstattet den Rechenschaftsbericht, erhält Entlastung. Jahresbeitrag wie seither. Laehr berichtet über die Heinrich-Laehr-Stiftung.

Cramer und Kraepelin — satzungsgemäß aus dem Vorstand ausgeschieden — werden durch Zuruf wiedergewählt.

Antrag Alt, die Jahresversammlung künftig auf drei Tage auszudehnen und am dritten — (bezw. an einem der) Tage — ausschließlich — (bezw. vorwiegend) Themata aus der praktischen Fürsorge der Geisteskranken zu behandeln, wird im ersten Teile abgelehnt, die Gestaltung des Programms der nächsten Versammlungen im Sinne des zweiten Teiles wird dem Vorstand überlassen.

Auf Antrag des Vereins bayer. Psychiater wird eine Kommission gewählt, bestehend aus Vocke, Kraepelin, Mercklin, Cramer, Fischer, um Vorschläge auszuarbeiten für eine zeitgemäße Änderung der Statistik der Irrenanstalten. Vocke begründet den Antrag, die jetzige Statistik sei wissenschaftlich absolut wertlos, das bayer. Ministerium des Innern habe bereits einem Vorschlage des bayer. Vereins für Psychiatrie zugestimmt und bis auf weiteres auf die veralteten Rubriken jener Statistik verzichtet.

Antrag Aschaffenburg: Der Vorstand des Vereins möge sich mit dem Vorstand der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Verbindung setzen betr. Ort und Zeit der nächsten Jahresversammlungen. — Der Vorstand wird ermächtigt, eine derartige Verständigung anzubahnen.

Siemens berichtet über die Tätigkeit der Standeskommission.

1. Nach längerer Diskussion wird der modifizierte Antrag angenommen: Es sei wünschenswert, daß allen Abteilungsärzten allmählich höhere Bezüge und Endbezüge, ähnlich denen der Oberärzte, gewährt werde.

2. Bei persönlichen Angriffen in der Presse solle sich jeder selbst wehren. Es schweben übrigens Verhandlungen mit dem Deutschen Presseverein, die einen günstigen Ausgang versprächen. In diesem Stadium sei irgend ein Antrag nicht am Platze.

Der Vortrag Siemens-Lauenburg: „Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die Grundursachen der Geisteskrankheiten" begründet den Antrag, der Vorstand möge vorbereitende Schritte in dieser Richtung unternehmen. Antrag angenommen.

Referate der nächsten Versammlung:

1. Die geminderte Zurechnungsfähigkeit. Referenten: Aschaffenburg, Wilmanns.

2. Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Referent: Cramer.

Auf Vorschlag Neißers findet die nächste Versammlung in Breslau statt, in der Pfingstwoche.

Es folgen die Demonstrationsvorträge: Ritters-

haus, Pförringer, Kafka, Stargardt, Rehm, Rühle.

III. Sitzung, 31. Mai, 9 Uhr. Aula der Universität.

Referat: „Die Behandlung der Paralyse". Ref.: Spielmeyer und Meyer.

Es folgen die Vorträge: Friedländer, Schröder, Eichelberg, Bergl. Dann Diskussion über das Referat und diese Vorträge, einschließlich der Demonstrationsvorträge Kafka, Rehm und Stargard.

IV. Sitzung, nachmittags 2 Uhr.

Vorträge Weygandt, Stier, Fischer, Stern, Bischof, Goldstein, Wanke, Glüh. Die Vorträge König, Allers, Kreuzer, Dannenberger werden wegen vorgerückter Zeit zurückgezogen.

(Bericht über die Vorträge folgt.) R.

— **Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre.** Gießen, 9. bis 13. April 1912. Bericht von Dr. Lilienstein, Bad Nauheim.

Wenn man aus der Ankündigung des Kongresses hätte schließen wollen, so hätte man vielleicht nicht erwartet, daß hier, auf rein biologisch-naturwissenschaftlicher Grundlage, die so viele Gebiete berührenden Fragen der Vererbung erörtert werden würden. Allerdings bot die Führung Sommers, der als Organisator dieser Kongresse angesehen werden muß, schon die Garantie, daß die naturwissenschaftlichen Gesichtspunkte in jeder Hinsicht zur Geltung kommen mußten.

Mit einem kurzen Überblick über die Geschichte und den Zweck des Kongresses eröffnete Sommer die Verhandlungen, die folgende Teilgebiete umfassen:

1. Methodik und Vererbungsregeln. 2. Normale und geniale Anlagen. 3. Abnorme Anlagen. 4. Kriminelle Anlagen. 5. Erforschung bestimmter Familien. 6. Vererbungslehre und Soziologie. 7. Vererbung und Züchtung. 8. Regeneration.

Mit der ersten Gruppe beschäftigten sich zunächst Mitglieder der Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte in Leipzig. So verbreitete sich deren Vorsitzender, Rechtsanwalt Dr. Breymann, über die systematische Sammlung von genealogischem Material, während Dr. Stephan Kekulé von Stradonitz auf die Fehler aufmerksam machte, die sich in der genealogischen Methode bei der Untersuchung von Vererbungsfragen finden. Dr. A. von den Velden demonstriert eine neue, leicht zu druckende, übersichtliche Form der Ahnentafel.

Größeres psychiatrisches Interesse boten in dieser Gruppe die Vorträge von Dr. F. Hammer-Stuttgart und Dr. Römer-Illenau. Hammer wies an einzelnen Krankheitsbildern die Bedeutung der Mendelschen Vererbungslehre für den Menschen nach. So entspricht die Vererbung der Pigmente der Augen, des Haares und der Haut durchaus derjenigen bei den Tieren. Die dunklere Pigmentierung „dominiert" über die hellere, der Albinismus läßt „rezessive Vererbung" erkennen. Dominierend sind ferner Hypodaktylie, bestimmte Formen des Stars, Teleangiektasie, Hypotrichosis, Diabetes insipidus u. a. Dominierend, aber auf ein Geschlecht beschränkt (wie die Hörner bei männlichen Tieren) sind Hämophilie, Farbenblindheit, Pseudohypertrophie der Muskeln. Römer wies auf die Bedeutung der Methodik für die psychiatrische Forschung hin. Er behandelte die Forderungen, die von Irrenärzten an statistische Erhebungen gestellt werden müssen. Seine Ausführungen stimmen mit denen von Sommer, Rüdin und Alzheimer überein und weisen die Notwendigkeit des Ausbaues der Medizinalabteilung bei den staatlichen statistischen Ämtern nach der psychiatrischen Seite hin nach. Er verlangt die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt. Als Grundlage für statistische Erhebungen demonstriert R. ein Einteilungsschema der Psychosen, das in badischen Irrenanstalten eingeführt ist.

Ferner ist der Vortrag von Wilh. Ostwald erwähnenswert, der in Abwesenheit des Verf. verlesen wurde. O. findet auch bei der Entwicklung des Genies die biologischen Vererbungsgrundsätze bestätigt, nach denen sich in jedem Individuum die Eigenschaften seiner Vorfahren nicht durch die Kreuzung ständig ändern; es findet sich vielmehr stets eine endliche Zahl von bestimmten, ihrerseits fast unveränderlichen Elementen als Mosaik. Betz-Mainz verbreitet sich über den Begriff des Durchschnittsmenschen und konstatiert, daß es fast unmöglich ist, einen Typus desselben zu umschreiben.

Mehr auf empirischer Grundlage beruhten die Vorträge, die sich mit abnormen und kriminellen Anlagen befaßten. Der Augenarzt Dr. Crzellitzer aus Berlin hat mittels seiner Familienkarte Erhebungen in den Familien von Augenkranken (Kurzsichtigkeit, hochgradige Übersichtigkeit, Schielen, Augenzittern und Star) angestellt. Bei 31% fand sich direkte Vererbung. Mit dem „Intensitätsindex" gibt C. den Grad der Häufung erblicher Krankheiten bei Geschwistern an. Dannenberger-Goddelau beschreibt die bekannte Mikrozephalenfamilie Becker aus Bürgel.

Über Erziehungsfragen bei abnormen Anlagen mit Rücksicht auf die Rassenhygiene sprechen Dannemann und Berliner (Gießen). Dabei wird vor allem der günstige Einfluß ärztlich geleiteter oder beaufsichtigter Spezialanstalten hervorgehoben, nur weist Dannemann noch darauf hin, daß auch nach der Entlassung aus diesen Anstalten die Zöglinge noch im Auge behalten werden müßten, um eventuell ihre Fortpflanzung durch dauernde Internierung hintanzuhalten. Den radikaleren Vorschlägen Oberholzers-Breitenau bei Schaffhausen, der eine Sterilisierung bei gewissen Krankenkategorien befürwortete, wurde indessen von allen Seiten lebhaft widersprochen. Berliner demonstrierte noch Bilder aus der Arbeitslehrkolonie für Knaben Steinmühle bei Hamburg, deren konsultierender Arzt er ist.

Sehr interessant beleuchtete Prof. Rosenfeld-Münster die Verbrechensbekämpfung und Rassenhygiene vom Standpunkt des Strafrechtes aus. Kurella-Bonn beschäftigte sich mit der kriminellen Anlage. Er führt die Lehren Lombrosos fort und baut sie im einzelnen weiter aus.

Von den Familien, deren Stammbäume unter biologischen Gesichtspunkten erforscht worden sind, seien die Habsburger und die Familie von Schillers Mutter erwähnt. Bei den ersteren fand Strohmayer-Jena bestätigt, daß die morphologischen Merkmale der Habsburger (starke Unterlippe und Prognathismus inferior) Dominanten im Sinne Mendels sind. Ferst-Wien hat die Ahnentafel des österreichischen Thronfolgers Franz Ferdinand bis in die fünfzehnte Generation verfolgt. Die theoretische Ahnentafel beträgt in dieser 16548, in Wirklichkeit finden sich in ihr bei Franz Ferdinand 1614 Ahnen. Ahnenverluste, wie diese Differenz genannt wird, hat jeder Mensch, da ja die tatsächlich vorhandene Zahl von Menschen (beispielweise zurzeit Karls des Großen) nicht für die theoretische Ahnenzahl genügen würde. Bei Inzucht wird der Ahnenverlust naturgemäß größer. Mit der Familie von Schillers Mutter beschäftigte sich Sommer-Gießen, der Blutsverwandte von ihr in Eßlingen kennen gelernt und untersucht hat und bei einer von zwei Schwestern eine ganz ungewöhnliche Übereinstimmung in der Gesichtsbildung mit Schiller fand.

Einen wertvollen Beitrag über den Zusammenhang von Hereditätsforschung und Soziologie brachte Weinberg-Stuttgart. Der Einfluß des Milieus auf die Lebenserscheinungen der menschlichen Gesellschaft wurde in neuerer Zeit gründlich studiert. Dadurch ist die Vererbungslehre etwas in den Hintergrund gedrängt worden. In der Fruchtbarkeit der minderwertigen Elemente sieht W. keine so große Gefahr, weil ihr die größere Sterblichkeit entgegensteht.

Roller-Karlsruhe gibt einen geschichtlichen Überblick über die Wandlungen der Lebensdauer in Deutschland seit dem Mittelalter, die nach seiner Ansicht von Bedeutung für die rechtlichen und sozialen Zustände gewesen sind. Macco-Steglitz hat die Archive von Aachen, Köln, Düsseldorf, Brüssel, Wetzlar etc. durchforscht und das Schicksal der Aachener Schöffenfamilien verfolgt, das ihm in soziologischer Hinsicht interessant und typisch zu sein scheint. Das Anschwellen der Vermögen und der Beginn des Wohllebens führte in den meisten Fällen rasch zum Verfall.

Die Erfahrungen, die Gisevius-Gießen bei der Tierzüchtung gesammelt hat, lassen erkennen, daß entgegen der allgemeinen Annahme auch die Inzucht eine Steigerung wertvoller Eigenschaften und eine Regeneration bewirken kann. Voraussetzung ist dabei aber, daß die Inzucht nicht wahllos, sondern mit Auslese erfolgt.

Über die Bewegung, die in England zur Regeneration des Volkes eingesetzt hat, das Eugenic Movement unter Sir Francis Galton, wird durch einen Bericht dieser Gesellschaft, den Sommer zur Verlesung bringt, Kenntnis gegeben. Den Schlußvortrag hielt Sommer über Renaissance und Regeneration. Er weist darauf hin, daß abgesehen von einer großen Reihe von Momenten, die zu einer solchen Kulturblüte führen, den sozialen und politischen Verhältnissen, dem Landschafts- und Volkscharakter usw. auch ein biologisches Moment wesentlich mitwirke. 1. Die Periodizität sei eine Erscheinung, die sich in der ganzen organischen Natur und besonders beim Menschen überall nachweisen lasse. Ganz besonders günstig wirkte für die Entstehung der Renaissance 2. die Vermischung einer reingezüchteten Militäraristokratie mit reingezüchteter Bürgeraristokratie in Florenz um die Mitte des 15. Jahrhunderts.

Therapeutisches.

— **Die Kopfgalvanisation bei Neurasthenie und Psychosen.** In dem Abschnitt „Behandlung der Neurasthenie" des von Prof. Dr. Boruttau-Berlin und Prof. Dr. Mann-Breslau herausgegebenen „Handbuchs der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre", Leipzig. 1911, Verlag von Dr. W. Klinkhardt, Bd. II, zweite Hälfte, äußert sich der Verf., Prof. Dr. Mann, auf Seite 595 dahin, daß er bei der elektrischen Behandlung der Neurasthenie den suggestiven Faktor bei weitem in den Vordergrund rücken möchte, daß wir doch gerade bei der Elektrotherapie in der glücklichen Lage sind, auf Grund sicherer, physikalischer und physiologischer Anschauungen auch bestimmte materielle Einwirkungen von der Elektrizität erwarten zu können. In vielen Fällen kombinieren sich beide Wirkungen. Nachdem Prof. Mann die Anwendung der allgemeinen Faradisation erörtert, die er bei allen Fällen von Neurasthenie mit im Vordergrund stehender Schwäche und Ermüdbarkeit der motorischen Funktion für angezeigt betrachtet, während er sie bei reizbaren, zu lebhaften motorischen Äußerungen neigenden Neurasthenikern im allgemeinen nicht für indiziert hält, und nachdem er u. a. die hydroelektrischen Bäder besprochen, geht er zu den lokalen Methoden über und bespricht als „eine häufige Methode" an erster Stelle die Kopfgalvanisation. Von ihr sagt Prof. Mann, daß sie „in allen den Fällen anzuwenden ist, bei denen zerebrale Reiz- und Ermüdungserscheinungen im Vordergrunde stehen, also vor allem bei dem so häufigen nervösen Kopfdruck, dem Kopfschmerz, dem Gefühl von Eingenommensein des Kopfes, des Schwindels, der Leere im Kopf u. dgl." Er erinnert daran, daß von Heümann kürzlich eine Einwirkung der Kopfgalvanisation auf psychische Vorgänge (Arbeitsgeschwindigkeit bei Additionsversuchen) nachgewiesen worden ist (Zeitschrift f. mediz. Elektrologie, 1910, Bd. XII, S. 109, zit. bei Mann). Er empfiehlt besonders die Längsgalvanisation des Kopfes, etwa $^1/_2$ bis 3 M.-A., von 5 bis 10 Minuten Dauer, Ein- und Ausschleichen, Vermeidung aller Unterbrechungen, wie bei Gehirnkrankheiten. Prof. Mann weist auf die von Hudovernig und von Aub angegebenen besonderen Vorrichtungen hin, welche eine sichere Fixierung der Elektroden am Kopfe ermöglichen (pag. 521). „Die Applikation hinterläßt sehr häufig eine ausgesprochene Erleichterung der Beschwerden, und es scheint diese Wirkung

besonders in den Fällen einzutreten, bei welchen eine Hyperämie im Schädelinnern, wie sie häufig bei Neurasthenie vorkommt, den Beschwerden zugrunde liegt." Hierbei findet sich sehr häufig Verminderung des Leitungswiderstandes am Kopfe. Haskovec, zit. bei Mann, beobachtete, daß mehrwöchentliche regelmäßige Kopfgalvanisation in diesen Fällen allmählich eine Zunahme des Leitungswiderstandes herbeiführt, gleichzeitig mit der Besserung des Allgemeinbefindens und dem Schwinden des Kopfdruckes, des Ohrensausens, der Schlaflosigkeit usw. — Bei Quergalvanisation tritt leicht Schwindel auf. — Die Kopfgalvanisation ist nicht zu verwechseln mit der von Beard angegebenen zentralen Galvanisation, bei der eine breite Kathode in die Magengrube, die Anode an den Kopf, an Nacken, Sympathikus und Wirbelsäule gesetzt wird.

Der knappe Raum erfordert es, daß die Elektrotherapie bei den verschiedenen Symptomen der Neurasthenie, bei der Hysterie (Seite 612 bis 617), bei den traumatischen Neurosen (Seite 617 bis 619), bei Tetanie (Seite 619), bei den Beschäftigungsneurosen (Seite 620 bis 621), bei den Sympathikuserkrankungen und vasomotorischen und trophischen Neurosen, Sympathikuslähmung, Migräne (hier wird auch die Kopfgalvanisation, mit schwachem Strom, empfohlen), Morbus Basedowii, — daß wir diese Kapitel übergehen, um uns kurz mit den Bemerkungen über die **„Elektrotherapie der Psychosen"** zu befassen. Schon Erb — so zitiert Mann — hat sich 1882 dahin ausgesprochen, daß es nach den vorliegenden Versuchen „zur Gewißheit erhoben sei, daß die Psychosen in gewissen Fällen von dem elektrischen Strom in sehr günstiger Weise beeinflußt resp. geheilt werden können", und empfahl besonders Kopfgalvanisation, Sympathikusgalvanisation und Nackengalvanisation; es sollen oft sehr gute Erfolge erzielt worden sein bei Aufregung, Angst, Verwirrtheit und anderen Krankheitsformen, auch bei Halluzinationen (Akustikusgalvanisation); bei stuporösen und depressiven Zuständen kommt mehr die allgemeine Faradisation in Betracht. Seitdem ist es bezüglich der Anwendung der Elektrizität bei Psychosen im engeren Sinne recht still geworden. Prof. Mann erinnert sich an Fälle von hypochondrischen Psychosen, wo die hypochondrischen Wahnbildungen an elektrotherapeutische Maßnahmen anknüpften, und meint, daß solche Fälle zur Vorsicht mahnen, wendet aber — ganz richtig — selbst ein, daß bei derartigen Kranken dieselbe Möglichkeit jeder anderen Therapie ebenfalls anhaftet. Überblickt man die übrigen Kapitel des Werkes, die Darstellung der Elektrotherapie in der Augenheilkunde, bei Nasen- und Kehlkopf-, bei Ohrenkrankheiten, bei Hautkrankheiten, bei Frauenkrankheiten, bei Herzkrankheiten, bei Muskel- und peripheren Nervenkrankheiten, bei Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten, so kann man den Gedanken nicht unterdrücken, daß gegenüber dieser heutigen ausgedehnten Anwendung der Elektrotherapie die Frage der elektrotherapeutischen Beeinflussung der Psychosen — wie oben gezeigt, schon vor 30 Jahren von einer Autorität wie Erb als Gegenstand der Gewißheit bezeichnet — einer erneuten Untersuchung dringend bedarf. Auch die Fortschritte der Elektrizitätslehre und der Elektrophysiologie (Veraguth's psychogalvanischer Reflex, die Untersuchungen von Sommer, Albrecht u. A.) lassen daran denken. — Soviel ich gelegentlich der Herausgabe des Illustrationswerkes: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild, Halle a. S., 1910 und 1912, wahrnehmen konnte, scheint in Privatanstalten die Elektrotherapie auch bei Psychosen angewendet zu werden. Es wäre sehr erwünscht und sehr verdienstlich, wenn die Herren Kollegen hierüber ihre Erfahrungen in dieser Wochenschrift mitteilen wollten.

Jedenfalls kann allen, welche geneigt sind, den elektrotherapeutischen Skeptizismus in der Psychiatrie einer eingehenden wissenschaftlichen Revision zu unterwerfen, empfohlen werden, das dreibändige „Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre" zur Grundlage und zum Ausgangspunkt ihrer Studien zu machen, abgesehen von dem großen Wert, den das Werk für den Neurologen und für die übrigen Spezialfächer der Medizin hat. Es sollte in der Hand jedes Arztes oder wenigstens in der Bibliothek jeder größeren Krankenanstalt sein.

Nachtrag.

Prof. Emminghaus schrieb im Jahre 1898 im Handbuch der Therapie innerer Krankheiten (II. Auflage), herausgegeben von Penzoldt und Stintzing, in Bd. VI, Seite 254 beim Kapitel: „Behandlung des Irreseins im Allgemeinen" unter „Elektrotherapie" folgendes:

„Nach R. Remak's ersten ermutigenden Mitteilungen (nb. in Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 21. Bd., Anhang 61)*) über den Einfluß der Kopfgalvanisation auf psychopathische Zustände hoffte man wohl in dieser Methode ein neues und kräftiges Mittel zu radikaler Behandlung der Seelenstörungen zu gewinnen. Diese Erwartungen blieben indessen unerfüllt, und nach und nach ist es immer stiller im Bereich der Elektrotherapie des Irreseins geworden. Zu verkennen ist jedoch nicht, daß systematische Kopfgalvanisation, von welcher feststeht, daß sie das Gehirn mit wirksamen Strömen trifft und durchsetzt, nicht nur bei manchen als Prodromalsymptome von Seelenstörung anzusprechenden Störungen ausgleichend wirken kann, sondern auch bereits ausgebildete psychopathische Zustände, vor allem Gemütsdepression sowie von dieser abhängige oder primäre Trägheit, Hemmung der intellektuellen Vorgänge ebenso zu bessern vermag, wie fatale Sensationen im Schädelraum, welche gern diese Störungen begleiten bezw. komplizieren. Sollte sich hier und da unter solchen Umständen auch eine gewisse suggestive Wirkung geltend machen, so ist das ja für den therapeutischen Wert der Methode wegfällig. Großen Einfluß schreibe ich dieser Nebenwirkung, auf sehr zahlreiche Erfahrungen mit dieser Behandlungsweise gestützt, überhaupt nicht zu. Die Erweckung geistiger Regsamkeit, relative Frische, veränderter, freierer Gesichtsausdruck der Kranken, ihre eigene Erklärung: „jetzt ist mir wohler im Kopf", kurz die ganze Änderung des Krankheitsbildes nach der galvanisch-therapeutischen Sitzung wird man doch der Hauptsache nach auf die Wirkung des Stromes selbst zu beziehen geneigt sein, wenn man namentlich die eigentümlichen Beeinflussungen des Zentralorgans durch den Strom aus persönlicher Erfahrung kennt. Freilich verfliegen diese Wirkungen bei den Kranken relativ

*) Remak scheint hier allerdings mehr organische Erkrankungen im Auge gehabt zu haben. Bresler.

rasch, und es gilt nun, vorsichtig Tage und Wochen hindurch mit dieser „erfrischenden" Beeinflussung des Gehirns fortzufahren. Nicht ganz selten sieht man auch Besserung des Schlafes durch Gehirngalvanisation eintreten und man kann gelegentlich vielleicht erst hinterdrein erfahren, daß durch den konstanten Strom peinliche Gefühle im Kopfe, pressende Zusammenschnürungssensationen, Empfindung von Öde, Erstarrung usw., welche schon zu Versuchen des Kranken, mit dem Kopfe gegen die Wand zu rennen, geführt oder solche nahegelegt hatten, nach mehreren galvanischen Sitzungen beseitigt waren. Indessen nicht immer ist diese auch nur zeitweilig bessernde oder Begleiterscheinungen des Irreseins beseitigende Wirkung des konstanten Stroms zu erreichen. Es kommt sogar vor, daß der Kranke momentan und nach der Sitzung sich schlechter befindet und auch objektiv verschlimmert erweist, daß er Wahnideen als etwas Neues im Krankheitsbild konzipiert, die gerade an die Anwendung des Mittels und deren Nachwirkung unmittelbar anknüpfen. Deshalb muß zumal bei mutmaßlich in Entwicklung begriffenen paranoischen Krankheitsprozessen von Anwendung der Gehirngalvanisation ganz abgesehen werden. Bei Aufregungszuständen heiter-tobsüchtiger Natur ist dieselbe a priori meistens ausgeschlossen und kann geradezu schädlich werden. . . . ."

Emminghaus bevorzugt im allgemeinen die Längsgalvanisation. Nach demselben Autor kann sich vorsichtige Beeinflussung des Gehörsinns durch die Anode des galvanischen Stroms (1—1 1/2 Milliamp. mehrere Minuten lang, Einschleichen, Ausschleichen) bei akustischen Halluzinationen nützlich erweisen.

Dr. Bresler.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden**. In das neu in Wirksamkeit getretene Kgl. Sächs. Landesgesundheitsamt wurden von Psychiatern berufen: als Ehrenmitglied Geheimer Rat Dr. Weber, als ordentliche Mitglieder: der dirig. Arzt der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dresden Geh. Sanitätsrat Dr. Ganser und der Direktor der Landesanstalt Sonnenstein Obermedizinalrat Dr. Ilberg.

— **Graz-Feldhof.** Dr. Fritz Kleinschuster wurde zum Assistenzarzt an der Landesirrenanstalt Feldhof ernannt.

— **Klosterneuburg.** Der ord. Arzt der Landesheilanstalt Mauer-Oehling Dr. Dominik Klemens Stelzer wurde in gleicher Eigenschaft an die Landesirrenanstalt Klosterneuburg versetzt.

— **Görz.** Dem provisorischen Direktor der Landesirrenanstalt in Görz, Sanitätsrat Dr. Ernst Fratnich wurde das Definitorium verliehen. Dr. Justus Baciar wurde zum Sekundararzt an derselben Anstalt ernannt.

— **Mauer-Oehling.** Der Sekundararzt I. Klasse der Kaiser-Franz-Josef-Heilanstalt in Mauer-Oehling Dr. Mathias Auengruber wurde zum ordinierenden Arzt in der VII. Rangklasse ernannt.

— **Ybbs.** Der Sekundararzt I. Klasse der Landespflegeanstalt in Ybbs Dr. Josef Latz wurde zum ordinierenden Arzt in der VII. Rangklasse ernannt.

— In einem Artikel: **Vorlesestunden für Kranke** in Nr. 1, Jahrgang XIV, vom 6. April 1912, war gebeten worden, Vorschläge und Äußerungen zu diesem Thema aus Anstaltskreisen einzusenden. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes möchten wir uns erlauben, unsere Bitte höflichst zu wiederholen. — Bei dieser Gelegenheit seien noch einige als zur Krankenlektüre geeignet bezeichnete Bücher aufzuführen.

	Mark
Alexis, Willibald, Cabanis. Vaterländischer Roman aus der Zeit Friedrich des Großen. Fritz Eckardt Verlag. Geb.	3,—
Bauermann, C., Hofschauspieler, Knallbonbons. Humorist. Naschwerk für Lektüre und zum Vortrag in geselligen Kreisen. Schwabacher. 1 M., geb.	1,50
Diehm, Fritz, Do greif zu! Humorist. Gedichte in badischer Mundart. Schwabacher. 1,20 M., geb.	1,80
Heine, Heinrich, Prosaschriften. Fritz Eckardt Verlag. Geb.	3,—
Holst, Adolf, Lustige Vögel aus meinem Garten. Fritz Eckardt Verlag.	1,50

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Elektrizitäts-Gesellschaft Haas & Stahl, Aue, Sachs. bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 12. 22. Juni **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

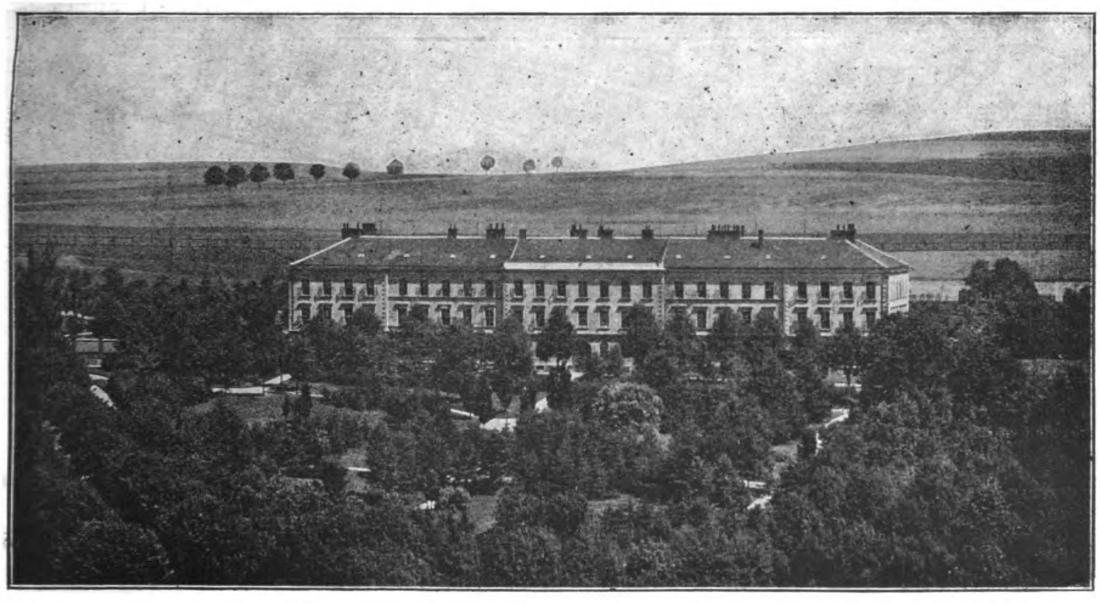
Nutzanwendung der Leitsätze Dr. G. Kolb's (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten) für die

Ausgestaltung der Irrenanstaltsfiliale in Iglau (Mähren) zu einer selbständigen Irrenanstalt.

Von Direktor Dr. *Alfred Hellwig*, Brünn.

(Schluß.)

Nach der 158. Beilage zum Landtagsblatt (sechste Session, neunte Landtagsperiode, 1902) Seite 470 sah sich der mährische Landesausschuß zufolge Zuschrift der k. k. Statthalterei vom 25. September 1901 Z. 30, 821 aber veranlaßt, den projektierten Bau einer neuen Irrenanstalt fallen zu lassen, desgleichen von dem angeregten Barackenbau (vier in Sternberg und zwei in der Brünner Irrenanstalt) abzustehen, einerseits weil zu kostspielig, andererseits mit Rücksicht auf die Jahreszeit als nicht sofort ausführbar, und entschloß sich bei dem Umstande, daß die bestehenden Zwangsarbeitsanstalten seit mehreren Jahren nicht voll besetzt waren, die in Iglau betreffs Beschäftigung der Zwänglinge Schwierigkeiten hatte, zu einer provisorischen Irrenanstaltsfiliale für 300 bis 350 Kranke, wozu das k. k. Ministerium des Innern laut Zuschrift der k. k. mähr. Statthalterei vom 19. Januar 1902 Z. 2934 auf die Dauer von vier Jahren zustimmte.

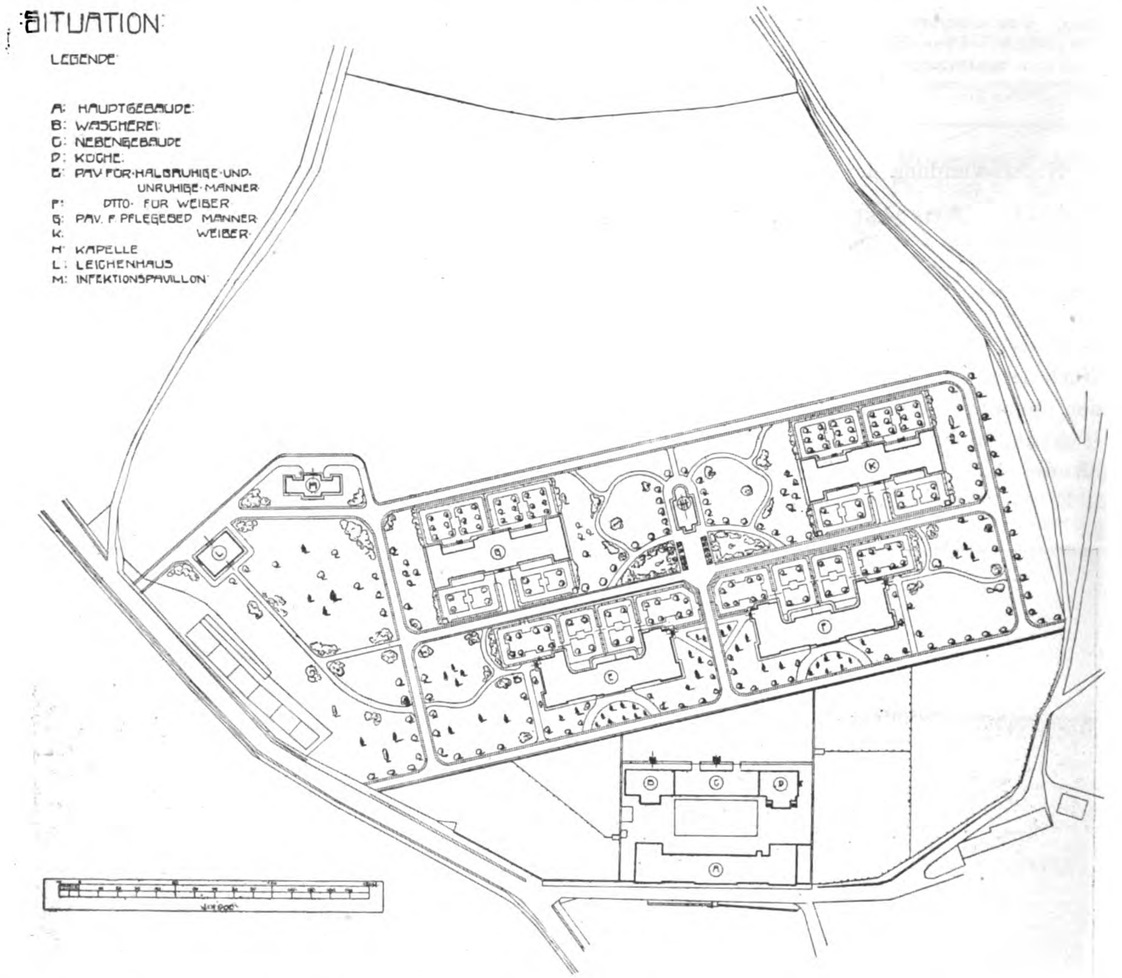


In den Wintermonaten 1901 wurde kommissionell

der vom Verfasser und dem Landesbauamt entworfene Umbauentwurf genehmigt (L.-A.-Erl. vom 7. Dezember 1901 Z. 69626 und vom 23. Januar 1902 Z. 5048) und die Eröffnung der Filiale mit Mai 1902 festgesetzt.

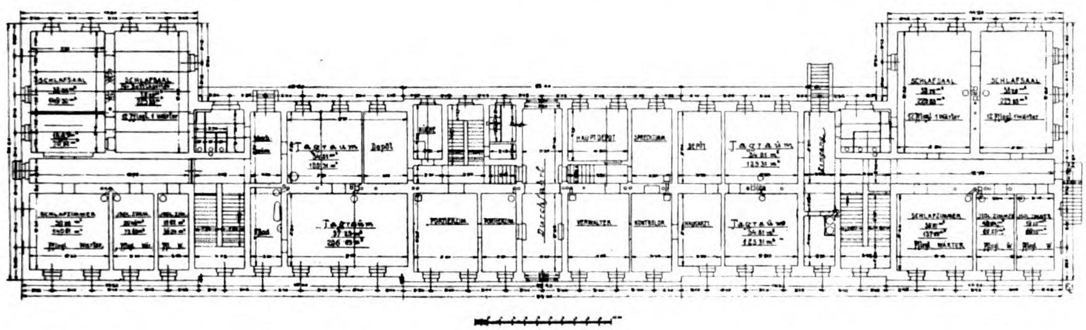
Die Schwierigkeiten dieses Umbaues lagen darin, daß sich im vorderen zweistockhohen Hauptgebäude im Parterre links die Lohnwäscherei und rechts die Kochküche mit Nebenräumen befand, das gleich hohe Hofgebäude ausschließlich als „Arbeitshaus“ Werkstätten enthielt und nicht unterkellert ist, während im Hauptgebäude wohl alles unterkellert war, aber daselbst sich rechts das allgemeine Bad und die Strafzellen befanden, die Zugänge keine Verwendung finden konnten.

Sollten für beide Geschlechter gleich große Abteilungen im Vorder- und Hofgebäude geschaffen werden, so mußte die Lohnwäscherei und Küche aus dem Hauptgebäude in das Parterre das Hofgebäudes verlegt werden. Durch Versetzen von Zwischenwänden, Türen usw. wurden links in beiden Gebäuden fünf Abteilungen für die verschiedenen Krankenkategorien der Männer und rechts fünf für solche der Frauen gewonnen. Herstellung von Wasserklosetts, Badeanlagen, Warmwasserkessel, Gasbeleuchtung usw. lassen das Hauptgebäude laut beiliegenden Plänen als für den Zweck entsprechend erscheinen. Im Parterre befinden sich die Aufnahmsstationen zugleich für Bettlägerige, im ersten Stock die für Ruhige und im zweiten Stock die für unreine Pfleglinge, während alle Beschäftigungsfähigen in dem Hofgebäude Unterkunft erhielten. Hier bot der Bau der Koch- und Waschküche samt ihren Nebenräumen (ohne Keller) manche Schwierigket, da die dazu verwendeten Räume Traversendecke und entsprechende Ventilation erhalten mußten. An der Umfassungsmauer des Männerhofes wurde das Leichenhaus angebaut und das im Keller des Haupt-

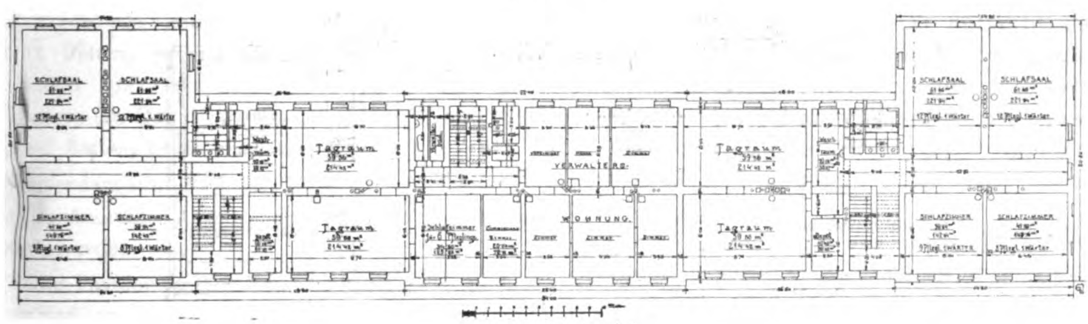


gebäudes untergebrachte **allgemeine** Bad durch entsprechende Umgestaltung auch weiter verwendbar gemacht, während in den Zellen Werkstätten (Schusterei, Tischlerei usw.) untergebracht wurden. Die vorhandene gute Kanalisation, Wasserleitung und Gasbeleuchtung kamen dieser Anstalt sehr zu statten. Nach Organisierung der Anstalt durch den Verfasser

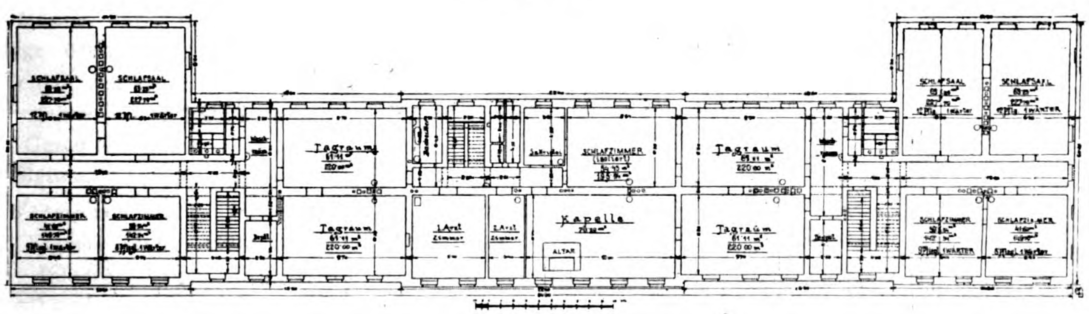
Vom Zwangsarbeitsanstaltspersonal blieben der Verwalter, Portier, Köchin, Wäscheaufseherin und ein Hausdiener in weiterer Verwendung. Der Krankenstand wurde durch Nachschub der den beiden Irrenanstalten obgefallenen Zugehörigen in der Folge ergänzt, das Wartpersonal für den ersten Bedarf den beiden Irrenanstalten entnommen. Die Eigenregie



Erdgeschoß.



Erster Stock.



Zweiter Stock.

konnte am 24. Mai 1902 mit der Belegung der Anstalt von seiten der Irrenanstalten (Sternberg mit 200, Brünn mit 100 Pfleglingen und je 1 Wartperson auf 10 Pfleglinge) begonnen werden. Die Oberleitung erhielt der Verfasser dieses, während die Lokalleitung dem früheren Zwangsarbeitshausarzt, zugleich Stadtphysikus, dem zwei Sekundarärzte beigegeben wurden, zufiel. (L.-A.-Erl. vom 22. Februar 1902, Nr. 9853.)

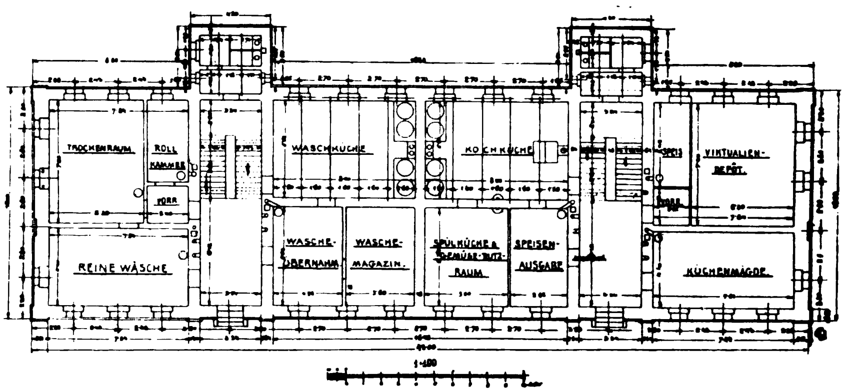
in der Verpflegung gleich der in den bestehenden Anstalten eingeführt mit Ausschluß der Klassenpatienten, da nur solche dritter Klasse Aufnahme fanden.

Die andauernde Überfüllung der beiden Landes-Irrenanstalten in Brünn und Sternberg zwangen zu Verlängerung des Benutzungsvertrages über die geplanten vier Jahre hinaus, zumal auch die Errichtung der dritten Heilanstalt in Kremsier (1905 bis 1908)

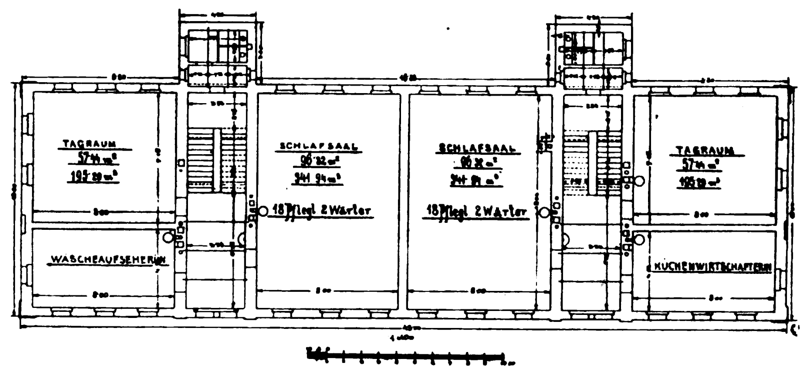
für 1110 Kranke nicht die erhoffte Entlastung für die Brünner Irrenanstalt brachte, da die erstere mit 1. Dezember 1907 erst die direkte Aufnahme erhielt.

Immer wieder wurde vom Verfasser in zahlreichen der früheren Grundfläche von 2,43 Hektar ein Gesamtareal von 15 Hektar 84 Ar vorhanden war.

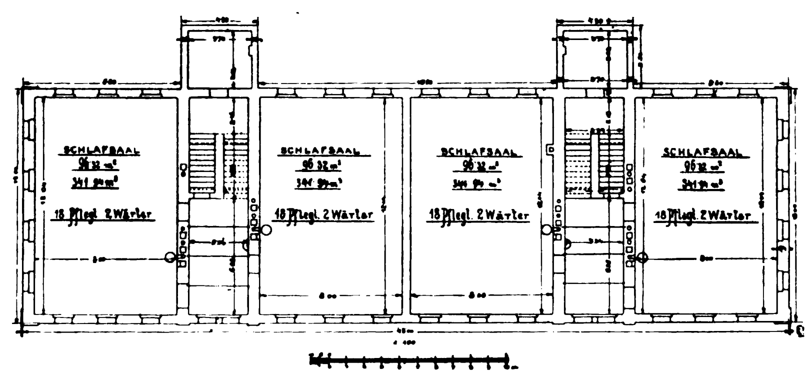
Über die Art der Ausgestaltung wurde ein Programm entworfen, von dem leider nur der Neubau



Erdgeschoß (gewesenes Arbeitsgebäude).



Erster Stock (gewesenes Arbeitsgebäude).



Zweiter Stock (gewesenes Arbeitsgebäude).

Berichten und statistischen Ausweisen die dringende Notwendigkeit der Umgestaltung bezw. Ausbau der Iglauer Filiale zur vierten selbständigen Irrenanstalt betont, weshalb für event. Erweiterungsbauten im Jahre 1909 die umliegenden Felder im Gesamtausmaß von 13½ Hektar erworben wurden, demnach mit der Koch- und Waschküche in der letzten Landtagssession bewilligt wurden.

Das Bauprogramm basierte auf der finanzökonomisch begründeten Annahme, die bisherige Widmung des jetzigen Hauptgebäudes im wesentlichen unverändert zu lassen. Nach dem vorliegenden

Projekte verbliebe demnach der Mittelbau für die Administration (Verwaltungskanzlei) und Wohnungen, die Seitentrakte und Flügel für die Pfleglingsabteilungen. Im Hofgebäude blieben die Pfleglingsabteilungen auch unverändert, während das Parterre nach dem Projekte des Ausbaues der Koch- und Waschküche zur Ausführung komme, und die Abteilungen in den bestehenden zwei Gebäuden wären lediglich für Ruhige und Arbeitsfähige bestimmt. Für andere Kategorien von Kranken (Unruhige, Unreine usw.) wurden in Rücksicht auf klimatische, lokale und Terrainverhältnisse vier große einstöckige (Doppel-) Pavillons mit je vier Abteilungen projektiert, deren Größe nach der erfahrungsgemäß noch zulässigen Bettenzahl der einzelnen Krankenkategorien bestimmt wurde. Zwei dieser Pavillone (Männer) standen links, zwei (Frauen) rechts von der das Terrain in der Mittelachse durchquerenden Allee, welche zur projektierten Kapelle führt.

Die zwei vorderen Pavillone, zunächst der alten Anstaltsgebäude, enthalten je eine Aufnahmestation mit 21 Betten, eine Abteilung für Halbruhige mit 27 Betten und zwei Abteilungen für Unruhige zu 21 Betten, ein Doppelpavillon hat daher einen Belag von 90 Betten, beide zusammen 180 Betten.

Außerdem sind noch bei jeder Abteilung zwei bis drei Isolierzimmer angeordnet, die nicht zum Belag gezählt werden.

Jeder Pavillon enthält derart zehn solcher Räume, zusammen 20.

Die weiter rückwärts gelegenen zwei Pavillons (für Männer links, für Frauen rechts) für Pflegebedürftige enthalten je vier gleiche Abteilungen zu 30 Betten, demnach ein Gesamtbelag von 240 Betten. Isolierräume je zwei, demnach in beiden Objekten 16. Der Gesamtbelag der vier neuen Pavillons ergibt 420 Betten.

Weitere notwendige Baulichkeiten sind projektiert: eine Kapelle für 200 Personen, ein Pavillon für zehn Infektionskranke (zur Hälfte Männer und Frauen) und ein Leichenhaus. Letztere zwei in entsprechender Entfernung von den Belagsobjekten mit separater Einfahrt von der vorbeiziehenden Reichsstraße, damit sich der Verkehr zu diesen Gebäuden von außen ohne Berührung des verbauten Anstaltsterrains abwickeln könne.

Im alten Hauptgebäude würde nach Ausführung dieser Neubauten die Kapelle samt Sakristei mit anstoßenden Räumen (Schlafzimmer für acht Betten) zur Verwalterswohnung umgestaltet, da die bisherige Verwalterswohnung nach dem Tode desselben der leitende Arzt bezogen hatte und der neue Verwalter außerhalb der Anstalt wohnt.

Für die Pfleglinge in den Neubauten ist in den zwei vorderen Pavillons je ein Besuchszimmer und ein Ambulatorium angeordnet. Die Kanzleien im alten Hauptgebäude werden durch den anschließenden kleinen Tagraum der Frauen (siehe Plan Erdgeschoß) erweitert, für welche dieser zweite Tagraum in Hinkunft ausreichen wird, da diese Abteilung nur für schwache, zumeist bettlägerige, ruhige Kranke bestimmt ist. Dem gleichen Zweck wird die analoge Männerabteilung im Erdgeschoß des linken Flügels dienen. Diese Abteilung, dann die übrigen Abteilungen im ersten und zweiten Stock bleiben für ruhige Pfleglinge und erfahren keine baulichen Veränderungen. Ebenso bleiben die vier Abteilungen für ruhige, arbeitende Pfleglinge im Hofgebäude unverändert.

Im ersten Stock des Mitteltraktes wird das zur Männerabteilung gehörige Schlafzimmer für sechs Pfleglinge, das seinerzeit nur mit Rücksicht auf die Erreichung eines höheren Belages für Abteilungszwecke herangezogen wurde, als solches aufgelassen und als Konferenz- und Bibliothekszimmer verwendet.

Die zwei Zimmer im zweiten Stock für Sekundarärzte werden als Wohnung für einen ledigen Sekundararzt herangezogen.

Für die Sekundarärzte sind in den neuen Pavillons eine Kanzlei, zwei Arbeitszimmer sowie Wohnzimmer, letztere in den Obergeschossen projektiert, so daß in jedem Pavillon ein Arzt untergebracht werden kann. Die Souterrainräume darin für Werkstätten ausersehen.

Nach diesem projektierten Ausbau gestalten sich die Belagsverhältnisse folgendermaßen: Bisheriger Belag 316. Durch die erwähnten baulichen Veränderungen im Hauptgebäude entfallen zwei Schlafzimmer mit 16 Betten, welcher Abfall nicht nennenswert ist angesichts jener Reduzierung, welche in den Abteilungen vorgenommen werden muß, um die Überfüllung derselben zu beheben und den Belag annähernd auf den Normalbelag zu bringen, da in manchen Abteilungen, besonders im Hofgebäude, pro Bett ein Luftraum von nur 15^3 m entfällt. Nach den vorgenommenen Berechnungen wird der bisherige Belag von 316 Betten mindestens um 56 (die obigen 16 Betten inbegriffen) verringert werden müssen; dies ergibt 260 Betten, dazu durch erwähnte Neubauten 420 Betten gerechnet, einen künftigen Gesamtbelag von 680 Betten, worin nicht inbegriffen sind die zehn Betten des Isolierspitales und die 36 Einzelzimmer.

Die Kosten gestalten sich approximativ für den ganzen Ausbau:

a) Vier Pavillons, Infektionsspital, Leichenhaus, Kapelle und alle Arbeiten sowie Installationen in und außerhalb der Gebäude, Anlegung der Pfleglingsgärten und allgemeinen Parkanlagen samt Wegen, Straßen und Einfriedigungen zusammen 1 394 240 Kr., b) innere Einrichtung 72 760 Kr., Bau samt Einrichtung 1 467 000 Kr., c) Bett- und Leibwäsche 144 000 Kr., Gesamtkosten des Neubaues 1 611 000 Kr., d) Adaptierungen in dem alten Hauptgebäude 19 000 Kr., zusammen 1 630 000 Kronen.

Wenn die Gesamtkosten der Neubauten pro 1 611 000 Kr. mit dem Belage derselben pro 420 Betten in Vergleich gezogen werden, so ergeben sich die Kosten pro Bett mit 3835 Kr., die als mäßig bezeichnet werden können. Noch günstiger aber nach vollständigem Ausbau erzielten 680 Betten die Gesamtkosten der Neubauten und der alten Anstalt vergleichend:

Die Kosten betragen: Alte Anstalt samt Adaptierungen für Zwecke der Filiale 400 000 Kr., Investierungen seit Bestand der Filiale 82 000 Kr., projektierter Bau der Koch- und Waschküche 190 000 Kr., projektierte Neubauten wie oben 1 630 000 Kr., zusammen 2 302 000.

Bei 680 Betten gibt dies pro Bett 3400 Kronen, welcher Preis bei einer noch so einfach auszugestaltenden, jedoch neu zu erbauenden Anstalt nicht zu erzielen ist.

An eine nochmalige Erweiterung der Brünner Irrenanstalt (Normalbelag 600 Kranke) ist weder nach der bisherigen Geschichte dieser, nun 50 Jahre bestehenden Anstalt, noch nach den Leitsätzen Dr. Kolbs zu denken, und die obengeführte Lösung der Platzfrage am günstigsten und für den Landesfond am erträglichsten anzusehen.

Was ist unter „Verständigung" im Sinne des § 1910 BGB. zu verstehen?

Von Oberarzt Dr. *Wickel*, Dziekanka b. Gnesen.

Über den Begriff „Verständigung" ist schon viel diskutiert worden. Es genügt jedenfalls nicht, schematisch die Geisteskranken unter Auseinandersetzung des Begriffes der Pflegschaft zu fragen, ob sie mit der Bestellung eines Pflegers usw. einverstanden sind, und dann je nach dem Ausfall der Antwort zu schreiben, daß der p. p damit einverstanden ist, daß er einen Pfleger erhält, oder daß er nicht damit einverstanden ist, wobei man die Frage nach dem Vorliegen der Verständigung nicht weiter berührt. Da der Kranke ja oder nein gesagt hat, war ja eben eine Verständigung mit ihm möglich. Der Begriff der „Verständigung" ist höher zu fassen. Wenn darüber auch Zweifel kaum bestehen dürften, so sind doch die diesbezüglichen Ausführungen in der Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin vom 16. Dezember 1911 von Interesse (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie usw., Bd. 69, Heft 1, S. 146ff.).

Nach Fränkel kann die Verständigungsmöglichkeit mit einem Geisteskranken nur dann bescheinigt werden, wenn bei ihm die Fähigkeit einer sinngemäßen Kritik über seine eigenen Angelegenheiten vorhanden ist.

Zinn gibt in den Fällen, in denen er eine Verständigung nicht für möglich hält, eine kurze Zustandsschilderung und schließt damit, daß danach „nach unserem Dafürhalten" eine Verständigung nicht möglich ist.

Liepmann empfiehlt zu schreiben: „Mit X., als einem Geisteskranken ist eine Verständigung nicht möglich."

Ohne auf weitere Literatur einzugehen, möchte ich mitteilen, daß wir in Obrawalde auf Anfrage von richterlicher Seite den Bescheid bekommen hatten, daß eine rechtlich geltende Verständigung nur mit einem Geschäftsfähigen möglich sei.

Die Geschäftsfähigkeit ergibt sich aus § 104 BGB. In Betracht kommt der Abschnitt 2: Geschäftsunfähig ist: 2. wer sich in einem die freie Willenbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

Danach war in einschlägigen Fällen zu antworten: „Der X. ist geisteskrank im Sinne des § 104, 2 BGB. Eine Verständigung ist daher nicht mit ihm möglich."

Mitteilungen.

— Die Kgl. Württembergische Heilanstalt **Zwiefalten** begeht am 29. Juni d. Js. die **Gedenkfeier ihres 100 jährigen Bestehens.**

— **Die Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater** findet am 28. bis 29. Juni d. Js. in Regensburg statt. Referat: „Psychiatrische Jugendfürsorge". Referenten: Prof. Dr. Gudden-München, Privatdozent Dr. Isserlin-München. Vorträge: Direktor Dees-Gabersee: Die Beschäftigung der Kranken im Walde. Prof. Kraepelin-München: Über paranoide Erkrankungen. Privatdozent Dr. Plaut: Zur forensischen Beurteilung der kongenital Luetischen. Prof. Alzheimer-München: Einiges über die auf Entwicklungshemmungen beruhenden Idiotieformen. — 28. Juni ab 8 Uhr abends Zusammenkunft im Bischofshof. 29. Juni ab 9 Uhr vormittag Sitzungen in der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg. 30. Juni 11³⁵ Uhr Fahrt von Regensburg nach Weiden zur Besichtigung der neuen oberpfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof.

— Die erste deutsche **Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge,** die auf dem Gelände der Göttinger Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt mit einem Kostenaufwande von 250000 M. errichtet worden ist, wurde am 3. Juni in Gegenwart mehrerer Ministerialvertreter, des Oberpräsidenten und des Landeshauptmannes der Provinz Hannover feierlich eingeweiht. Diese Anstalt ist die einzige in ihrer Art in ganz Deutschland und verdankt ihr Entstehen der Anregung des Geheimen Medizinalrats Prof. Dr. Cramer, des Direktors der Göttinger Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Die Provinz Hannover war die erste, die durch einen psychiatrischen Sachverständigen, Geheimrat Cramer, eine systematische Untersuchung der sämtlichen Fürsorgezöglinge auf ihren Geisteszustand vornehmen ließ. Bei diesen Beobachtungen hat sich im Laufe der Jahre ergeben, daß eine Reihe von Fürsorgezöglingen nicht so ausgesprochen geisteskrank ist, daß sie in das Milieu einer Irrenanstalt passen, und daß aus Gründen ebenfalls pathologischer Natur der weitere Aufenthalt in einer der bestehenden Erziehungsanstalten ungeeignet erscheint. Aus diesem Grunde hat der hannoversche Provinziallandtag die eingeweihte sogenannte Zwischenanstalt errichtet, die zur Fortsetzung der Beobachtungen an solchen Zöglingen dient. Weiterhin sollen die auf ihren Geisteszustand zu beobachtenden Fürsorgezöglinge Aufnahme finden. Die Anstalt ist einem Psychiater unterstellt und will durch eine der Eigenart jedes Zöglings angepaßte Behandlung die Erziehung der krankhaft veranlagten jugendlichen Personen zu nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft erreichen. Erziehungszwecke sind: ärztliche Behandlung, Unterricht, Seelsorge und eine streng geregelte, zweckmäßige und nutzbringende Beschäftigung der Zöglinge. Vor allem kommen in Betracht Arbeiten im Freien, Gemüse-, Obst- und Blumenzucht, sowie die Ausbildung in den gebräuchlichsten Handwerksbetrieben, außerdem Spiele und Turnen. Die Anstalt nimmt neben den Zöglingen aus der Provinz Hannover auch solche aus den benachbarten Provinzen: Westfalen, Hessen-Nassau, Sachsen und aus dem Herzogtum Braunschweig auf. Die Anstalt ist dazu berufen, bahnbrechend auf dem Gebiete der Erziehung psychopathischer Fürsorgezöglinge zu sein.

(Hannoverscher Courier, Hannover, 4. Juni 1912.)

— **Amerikanische „Verbrecherausrottung".** Im Staate New-York wurde ein Gesetzentwurf angenommen, durch den die Einrichtung einer Behörde geschaffen worden ist, die den Titel Prüfungsamt für Schwachsinnige, Verbrecher und andere Minderwertige erhalten soll. Sie wird sich aus einem Chirurgen, einem Nervenarzt und einem praktischen Arzt zusammensetzen. Diese Ärzte erhalten die Aufgabe, zunächst die Insassen der Gefängnisse daraufhin zu untersuchen, ob nach der Gesamtheit ihrer Eigenschaften die Gefahr vorliegt, daß sie verbrecherische Neigungen, Geisteskrankheit oder Schwachsinn auf ihre Nachkommen fortpflanzen können. Im Falle der Bejahung sollen sie dann durch Operation daran verhindert werden. Außerdem soll im einzelnen Fall auch darüber entschieden werden, ob der Geisteszustand solcher Männer durch andere chirurgische Eingriffe verbessert werden könnte. Liegen besonders schwere Verbrechen oder zahlreiche Rückfälle vor, so würde die Frage stets im positiven Sinne zu entscheiden sein. (Hannov. Courier. Hannover, 1. Juni 1912.)

Referate.

— Peritz-Berlin, Dr. G., Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Mit 101 zum Teil farbigen Abbildungen im Text und 10 Tafeln. Berlin. Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld, 1912. Preis 15 M. 491 Seiten.

Die Berechtigung einer Sonderdarstellung der Nervenkrankheiten des Kindesalters begründet Verf. mit der „Eigenartigkeit des kindlichen Zentralnervensystems und der Schwierigkeit, welche die neurologische Untersuchung eines Kindes macht". Diese spezielle Seite könne bei der großen Ausdehnung, die die Neurologie in den letzten Jahrzehnten gewonnen hat, nur ungenügend in den Lehrbüchern berücksichtigt werden. Es gäbe erhebliche Unterschiede in der Reaktionsweise des kindlichen Zentralnervensystems gegenüber dem des Erwachsenen. In dem Buch werden die Nervenkrankheiten besprochen, welche fast ausschließlich dem Kindesalter eigen sind, oder die „eine besondere Farbe" dadurch bekommen, daß sie das noch unfertige Zentralnervensystem des Kindes befallen; daher sind natürlich Kapitel, die sonst in einem Lehrbuch der Neurologie einen großen Raum einnehmen, hier gar nicht im Zusammenhang oder aber nur an zweiter Stelle abgehandelt. So wird schon aus der Einteilung und Übersicht der behandelten Nervenkrankheiten der große Unterschied zwischen kindlichem und erwachsenem Nervensystem und die Berechtigung der Sonderbehandlung der kindlichen Nervenkrankheiten klar.

Als „Erkrankungen des Zentralnervensystems als Folge von Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion“ sind behandelt: Myxödem, Kretinismus, Tetanie (oder Spasmophilie), Dysgenitalismus, Infantilismus.

Den angeborenen Defektpsychosen (Idiotie, Imbezillität, Schwachsinn) hätten wir eine noch ausführlichere Darstellung gewünscht.

Der Text ist an zahlreichen Stellen durch recht treffliche Illustrationen erläutert.

Das Buch kann dem Facharzt wie dem praktischen Arzt wärmstens empfohlen werden.

— Lehrbuch der Psychiatrie. Bearbeitet von A. Cramer, A. Hoche, A. Westphal, R. Wollenberg und den Herausgebern O. Binswanger und E. Siemerling. Dritte vermehrte Auflage. Jena, G. Fischer, 1911. 412 Seiten. Preis 6 M.

In den einzelnen Abschnitten ist, wie die Herausgeber im Vorwort bemerken, „den Fortschritten der ätiologisch-klinischen und pathologisch-anatomischen Forschung ausgiebig Rechnung getragen worden.“ Die klinisch-deskriptive Aufteilung und Bearbeitung der Geistesstörungen ist beibehalten worden.

Die schnell aufeinander folgenden Auflagen beweisen am deutlichsten, daß das Lehrbuch einem dringenden praktischen Bedürfnisse entspricht und gerecht wird.

— Hellwig, Der Hexenmord zu Forchheim. Separatabdruck aus dem Pitaval der Gegenwart. Bd. V, Heft 3. Verlag Mohr-Tübingen.

Einen nicht nur juristisch, sondern auch psychiatrisch und kulturgeschichtlich sehr interessanten Hexenmordprozeß aus dem Jahre 1896 (!) schildert uns Verf. Die Schwester der Ermordeten litt an Alpdruck, machte diese dafür verantwortlich und infizierte mit ihren abergläubischen Ideen ihre Kinder und Enkelkinder. Von diesen litt der 21jährige Großneffe der Ermordeten an Epilepsie und beschuldigte hierfür die Großtante; da diese auch sonst alles Unglück in der Familie angeblich verursachte, erwürgte er sie am 7. Juli 1896.

Interessant sind die Einblicke in den Aberglauben der betreffenden Volkskreise, die dem Mittelalter alle Ehre machen; von Wichtigkeit für die Psychologie dieses Prozesses sind ferner noch die Ansichten einiger katholischer Priester, die dämonische Besessenheit müsse ausgetrieben werden (sogen. Exorzismus); andere Geistliche hatten die Kranken allerdings mit Recht an den Arzt gewiesen.

Nur in einem Punkte kann man Verf., der Jurist ist, in seinen interessanten Ausführungen nicht folgen: er meint, durch die Aufregung der Tat, verbunden mit der Autosuggestion, könne vielleicht jetzt die Epilepsie zur Ausheilung gekommen sein, was er auch bei dem Genuß warmen Menschenblutes für möglich hält, ein fundamentaler Irrtum!

Kürbitz-Sonnenstein.

— Fizia, Die Krankenpflege im Hause und im Spitale. Graz, 1911. 2. Aufl.

In allgemein verständlicher Weise hat Verf. einen Leitfaden für Krankenpflegerinnen geschaffen, den sie sowohl beim Lernen, als auch später zwecks rascher Orientierung mit Erfolg zu Rate ziehen können. Pflege und Wartung der bettlägerigen Kranken, ansteckende Krankheiten nebst der Desinfektion beginnen das Werk; daran schließt sich die Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen und die Pflege der Wöchnerinnen und des Neugeborenen an, am Schluß wird dann die Behandlung der Geisteskranken besprochen.

Das Büchelchen ist auch für das Personal in Irrenanstalten durchaus zu empfehlen, desgleichen ist es geeignet, bei den Unterrichtsstunden durch die Ärzte als Grundlage zu dienen.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Claparède, Kinderpsychologie und experimentelle Pädagogik (übersetzt von Hoffmann). Leipzig, 1911. 347 S. 4,80 M.

Verf. wendet sich vor allem an die Pädagogen und führt sie nicht nur in die Kinderpsychologie und experimentelle Pädagogik ein, sondern will auch — obwohl nicht selbst Pädagog — erzieherisch praktische Konsequenzen aus seinen Darlegungen ziehen. Mit Interesse wird man besonders die Kapitel über die geistige Entwicklung und über die geistige Ermüdung lesen; wenn man Verf. vielleicht auch nicht in allem beipflichten kann, so ist die Lektüre des sorgsam und objektiv geschriebenen Buches den jungen Pädagogen nur zu empfehlen, wenngleich auch vorwiegend die Verhältnisse romanischer Länder zugrunde gelegt sind.

Ein genaues Literaturverzeichnis und ein guter Index ermöglichen eine bequeme Handhabung.

Kürbitz-Sonnenstein.

— v. Gierke, Prof. Dr. Edgar, Grundriß der Sektionstechnik. Mit 9 Abbildungen. Freiburg i. B. und Leipzig, Speyer und Kaemer, Universitätsbuchhandlung, 1912. 61 Seiten. Preis 2 M.

Kurz und klar sehen wir den Gang der Sektion vor unseren Augen sich abspielen. Das Buch wird jedem sehr willkommen sein, der sich rasch den Gang der Sektion in ihren wichtigsten Hauptzügen ins Gedächtnis zurückrufen will. Als Grundlage ist die Virchowsche Sektion gewählt. Wickel.

— Semelaigne, Dr. René, Aliénistes et Philanthropes; les Pinel et les Tuke. Paris, Steinheil, 1912.

Vor einigen Wochen feierten die Nachkommen des englischen Irrenbefreiers Tuke ein großes Erinnerungsfest in dem von Tuke 1792 errichteten Asyl „Retreat“. Einen ähnlichen literarischen Denkstein der Erinnerung hat Dr. Semelaigne seinem großen Vorfahren, dem französischen Irrenbefreier Pinel, in diesem Buche gesetzt. Die warmherzige Liebe des Nachkommen, der klare, weite Blick des großen Psychiaters, der emsige Bienenfleiß dieses Historiographen der französischen Psychiatrie und nicht zuletzt die schöne, stille Güte des Menschen Semelaigne haben hier in klassischer Sprache diesen beiden Wohltätern der Menschheit ein würdiges Denkmal gesetzt. Wem es vergönnt war, mit dem Schloßherrn von St. James bei Paris in seinem alten Park und Schloß zu weilen, der wird diese Stunden

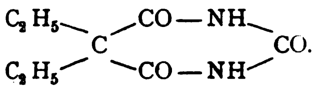
nicht vergessen. Geschichte der Psychiatrie, Menschheits-, Elends- und Kulturgeschichte werden da wieder lebendig vor unseren modernen Psychiateraugen.

Dr. Witry-Metz.

Pharmakologisches.

— **Chineonal.** Mit diesem Namen ist die von E. Merck-Darmstadt hergestellte chemische Verbindung von Chinin und Veronal, das diäthylbarbitursaure Chinin, belegt worden. Die Verbindung enthält 63,78% Chinin und 36,22% Veronal.

Darstellung. Die Darstellung des Chineonals erfolgt nach einem zum Patent angemeldeten Verfahren. Formel:



($C_{20}H_{24}N_2O_2$)

Molekulargewicht. 508,32.

Eigenschaften. Das Chineonal bildet weiße, nadelförmige Kristalle, die bei 132° schmelzen und sich in 500 Teilen Wasser, in acht Teilen Weingeist und in zwölf Teilen Chloroform lösen. Die wässerige Lösung reagiert gegen Lackmuspapier sehr schwach alkalisch. Der Geschmack des Chineonals ist bitter, an Chinin erinnernd.

Identitätsnachweis. Eine Mischung von 10 ccm verdünnter Schwefelsäure (1,109 bis 1,114) und 5 ccm Wasser wird in einem Scheidetrichter mit 0,5 g Chineonal und 15 ccm Äther geschüttelt, hierauf wird die wässerige Flüssigkeit von der ätherischen Lösung getrennt. Wird 1 ccm der wässerigen, blau fluoreszierenden Flüssigkeit mit 10 ccm Wasser verdünnt und nach Zusatz von 10 ccm Chlorwasser mit Ammoniaklösung im Überschuß versetzt, so nimmt die Flüssigkeit eine tiefgrüne Farbe an.

Die ätherische Lösung wird eingedampft und der Abdampfrückstand in 40 ccm Wasser gelöst. 10 ccm dieser Lösung geben nach Zusatz von zwei oder drei Tropfen Salpetersäure (1,149 bis 1,152) und einigen Tropfen Millons Reagenz einen weißen, gallertartigen Niederschlag, der sich bei reichlichem Zusatz des Füllungsmittels wieder auflöst.

Prüfung. Die Lösung von 1 g Chineonal in 25 ccm Salpetersäure (1,149 bis 1,152) und 25 ccm Wasser darf weder durch Silbernitrat- noch durch Bariumnitratlösung verändert werden.

0,1 g Chineonal soll sich in 1 ccm konzentrierter Schwefelsäure (1,836 bis 1,841) mit höchstens blaßgelblicher Farbe lösen.

1 g Chineonal darf nach dem Verbrennen nicht mehr als 0,0005 g Rückstand hinterlassen.

Bestimmung des Gehaltes an Chinin und Veronal. Die Lösung von 0,5 g Chineonal in 30 ccm Äther wird in einem Scheidetrichter mit 5 ccm Natronlauge (1,168 bis 1,172) geschüttelt. Nachdem die ätherische Lösung von der wässerigen Flüssigkeit getrennt wurde, wird letztere nochmals mit 20 ccm Äther ausgeschüttelt. Die vereinigten Ätherauszüge werden eingedampft. Der Rückstand wird in Alkohol gelöst und die Lösung unter Anwendung von Lackmoid als Indikator mit $^1/_{10}$ Normal-Salzsäure titriert. 1 ccm $^1/_{10}$ Normal-Salzsäure = 0,03242 g Chinin log. 51081.

Die alkalische wässerige Flüssigkeit wird mit Schwefelsäure bis zur saueren Reaktion versetzt und dreimal mit je 10 ccm Äther ausgeschüttelt. Die Ätherauszüge werden in einem gewogenen Kölbchen eingedampft. Der Rückstand wird nach dem Trocknen bei 100° gewogen.

Pharmakologisches. Chineonal schädigt die Magen- und Darmschleimhaut nicht. Es wird daher besser vertragen wie das Chinin. Bei Versuchen an Hunden wurde künstlich hervorgerufenes Fieber durch Chineonal entsprechend herabgesetzt, es trat jedoch — im Gegensatz zu Kontrollversuchen mit Chinin — kein Erbrechen ein. Kaninchen vertrugen Dosen von 1 g an mehreren Tagen hintereinander ohne Schädigung. Harn und Blut blieben normal, das Körpergewicht blieb konstant. Auch bei längerem therapeutischen Gebrauche am Menschen zeigte sich, daß selbst nach höheren Dosen von Chineonal die sonst häufigen Nebenwirkungen des Chinins ausbleiben oder gemildert sind. Durch die chemische Vereinigung des Chinins mit Veronal ist eine Verstärkung der sedativen Eigenschaften des Chinins erreicht, ohne daß die spezifische Chininwirkung zurückgedrängt ist.

Indikationen. Fieberhafte Infektionskrankheiten, z. B. Typhus, Influenza sowie septischer Gelenkrheumatismus und andere septische Prozesse unklaren Ursprungs, und zwar vorwiegend dann, wenn Unruhe oder Schmerzen eine Steigerung des sedativen Einflusses des Chinins wünschenswert machen. Chineonal bewährt sich auch als allgemein nervenberuhigendes Mittel, ferner bei Neuralgien. Als weitere Indikationen ergeben sich Keuchhusten und Seekrankheit.

Dosierung. Man gibt das Chineonal je nach Lage des Falles mittags oder abends in Einzeldosen von 0,6 g. Handelt es sich darum, delirierenden oder von Schmerzen heimgesuchten Fieberkranken Ruhe zu verschaffen, so läßt man mehrmals täglich 0,6 g nehmen. Kinder erhalten 0,2 g pro Tag; bei Keuchhusten wird diese Gabe entsprechend der Dosierung des Chinins zwei- bis dreimal täglich zu verabreichen sein. Chineonal wird wegen seines etwas bitteren Geschmackes am besten in Oblaten oder in Form von Tabletten genommen, die unzerkaut mit etwas Wasser geschluckt werden. Es werden geliefert Chineonaltabletten zu 0,3 g, ferner überzuckerte Chineonaltabletten zu 0,2 g (für Frauen und Kinder).

Aufbewahrung. Gewöhnlich.

Literatur: Winternitz, „Über Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal", Medizin. Klinik, 1912, Nr. 15.

— Über **Jodglidine** und andere Glidine findet sich in „Fortschritte der Medizin", 1912, Nr. 16 vom 18. April 1912, aus der Nervenklinik von Dr. Georg Flatau in Berlin folgende Notiz:

„In der Nervenklinik haben wir seit längerer Zeit bei den für die Jodtherapie in Frage kommenden Patienten, namentlich da, wo es auf Schonung von

Magen und Darm und Vermeidung von Nebenerscheinungen ankam, das jodierte Pflanzeneiweiß Jodglidine als Jodpräparat angewandt und sind mit den Ergebnissen — wir haben keinerlei Jodismus bemerkt — recht zufrieden. Jodglidine eignet sich, wie es scheint, ganz besonders für solche Fälle, wo es auf längere, gleichmäßige Jodwirkung ankommt. Die günstigen Erfahrungen mit diesem Präparate veranlaßten uns, auch die anderen Glidinepräparate, vor allen Dingen Ferro-Glidine und Arsan (As-Glidine) durchzuprüfen, und zwar besonders bei Anämien, Chlorose, allgemeiner Schwäche und Erschöpfung, herabgesetzter Ernährung und funktionellen Nervenerkrankungen. Die Störungen, die sich bei empfindlichen Patienten nach Darreichung der Fowlerschen Lösung namentlich in den Verdauungswegen zeigen, waren bei Arsan nicht zu beobachten. Besonders günstige Ergebnisse hatten wir, als wir Ferro-Glidine und Arsan kombinierten und mit einer Tablette Arsan immer zwei Tabletten Ferro-Glidine zusammen nehmen ließen. Die günstigen Ergebnisse zeigten sich in Zunahme des Appetits, Gewichtsvermehrung."

Otosklerol. „Ein Beitrag zur Therapie der subjektiven Geräusche" von Karl Theimer. (Aus der Ohrenabteilung des Kaiser Franz Josef Ambulatorium, Wien, Vorstand Privat-Dozent Dr. Frey.) Österr. Ärzte-Zeitung 1912, 7.

Die Häufigkeit der subjektiven Geräusche ist nach den Ausführungen von Theimer eine außerordentliche; sie kommen bei allen Ohrenkrankheiten vor. Bezüglich der Geräusche bei reinen Affektionen des perzipierenden Apparates hält Hegener Erkrankungen des pheripheren Neurons des N. VIII für die Ursache der meisten Geräusche; ferner kommen Geräusche vor bei Akustikuserkrankungen nach Intoxikationen durch ektogene und endogene Gifte, ebenso bei neuritischen und degenerativen Akustikuserkrankungen und dann bei Gefäßerkrankungen.

Bei der Otosklerose sind die Geräusche ein Hauptsymptom, das sich bereits einstellt, ehe sich eine Gehörsstörung bemerkbar macht. (Politzer.) Hegener meint, „daß die wahrscheinliche Ursache der subjektiven Geräusche bei der Otosklerose ein neuritischer oder degenerativer Prozeß im Akustikus analog den Akustikuserkrankungen ist". Hyperämie des Labyrinths ist auch Ursache der Geräusche.

Theimer hat nun bei der seither so wenig erfolgreichen Therapie neben der physikalisch-mechanischen, die doch häufig genug im Stiche läßt, eine Therapie anzuwenden für seine Pflicht gehalten, die neue Momente in die medikamentöse Therapie trägt und gut begründet ist: die Verabreichung von Otosklerol. Dieses Mittel ist Brom (36,6 %), Phosphorsalze (13,52 %), Cimcifugin (6,66 %). Theimer gab zunächst 3 mal je eine Tablette und stieg rasch um je 3 Tabletten pro Tag bis zu 15 pro Tag. Bei letzterer Dosis blieb er einige Zeit.

Von den behandelten Fällen führt Theimer 7 eingehender an und kommt zu dem Resultate, daß das Otosklerol sicherlich einen gewissen Einfluß auf die subjektiven Gehörsempfindungen hat, sodaß eine Anwendung gewiß gerechtfertigt ist und bei der Prophylaxe der subjektiven Ohrgeräusche, besonders aber bei beginnenden Fällen, verwertet werden sollte.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich, betr. Dormiol, bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 29. Juni **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Kombinationen narkotischer und Schlaf-Mittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskrankheiten.

Von Dr. *Kurt Halbey*, Ückermünde (Prov.-Heilanstalt).

I.

Wenn auch heuer die Behandlung der Geisteskrankheiten im Zeichen der physikalischen Heilmethoden steht, und vor allen Dingen hydriatische Prozeduren, besonders die feuchten Einwicklungen, prolongierte Bäder und das sogenannte Dauerbad in der Therapie an erster Stelle stehen, so kann die psychiatrische Praxis die medikamentöse Behandlung zur Bekämpfung der Erregungszustände und der Schlaflosigkeit doch nicht ganz entbehren.

Ist es doch Kraepelin (1) selbst, der eigentliche Begründer der hydrotherapeutischen Ära in der Therapie der Geistesstörungen, der auch in der neuesten Auflage seines Lehrbuches sagt: „unter den Arzneimitteln sind es besonders die Narkotika, die wegen ihrer beruhigenden Wirkung eine hervorragende Stelle in dem Heilapparate der Geistesstörungen einnehmen."

Ferner ist es eine zweite Gruppe von Arzneimitteln, die in der irrenärztlichen Therapie eine „hervorragende Wichtigkeit" erlangt hat, das sind die eigentlichen „Schlafmittel", von denen bereits im Jahre 1869 von Liebreich das Chloralhydrat empfohlen wurde.

Die Pharmakologie macht einen Unterschied zwischen den eigentlichen narkotischen Mitteln im engeren Sinne und den sogenannten Hypnotika, den schlafmachenden Mitteln, während die Bezeichnung Narkotika im weiteren Sinne die Hauptgruppe aller einschlägigen Mittel umfaßt. In der psychiatrischen Praxis entspricht es einem gewohnheitsmäßigen Sprachgebrauche, unter „narkotischen Mitteln" zur Behandlung der Erregungszustände, Narkotika im engeren Sinne und Schlafmittel zusammenzufassen, eine Auffassung, die wir auch in den folgenden Auseinandersetzungen, so weit dies möglich sein wird, beibehalten wollen.

Groß ist das Arsenal der narkotischen und Schlafmittel, die in der psychiatrischen Praxis Eingang gefunden haben; es vergeht wohl kaum ein Jahr, in dem nicht ein oder mehrere neue derartige Arzneimittel auf den Markt geworfen, erprobt und empfohlen werden.

So erfreulich groß die Zahl der Beruhigungs- und Schlafmittel zur Bekämpfung der verschieden bedingten psychischen Erregungszustände und der Schlaflosigkeit unserer Kranken auch ist, so müssen wir mit Bresler (2) doch sagen, daß unsere Kenntnisse von ihrer spezifischen Wirkung auf die einzelnen Teile des Gehirns außerordentlich gering sind. Außer der Wirkung des Hyoszins auf die psychomotorischen Zentren, der spezifischen Wirkung des Opiums auf neurasthenische und melancholische Zustände und der des Broms auf epileptische Krämpfe wissen wir von der spezifischen Wirkung der anderen narkotischen und Schlafmittel auf das Zentralnervensystem herzlich wenig. Wir sind auf ein gewisses Experimentieren, auf ein Ausprobieren angewiesen, welches Mittel wohl dem Kranken am ehesten zusagen und bei ihm am besten wirken wird, ohne daß eine Gewöhnung an das Medikament eintritt, eine Steigerung der Dosis notwendig wird.

Auch in der Steigerung der Dosis der fraglichen Mittel liegt recht häufig eine schwere Gesundheitsschädigung für den Kranken, so daß der zu erzielende therapeutische Effekt durch eine andere

Schädigung des Organismus illusorisch gemacht und vernichtet wird.

Infolgedessen hat man sich danach umgesehen, die Wirkung eines narkotischen Mittels zu erhöhen, ohne eine Steigerung der Dosis vorzunehmen. Praktische Erfahrungen haben auf diesem Gebiete gezeigt, daß einerseits die Verabreichung eines narkotischen Mittels in mehreren kleineren Teildosen und die Kombination mehrerer narkotischer Mittel eine größere pharmakologische Wirkung hervorrufen, Tatsachen, die zuerst wissenschaftlich nicht bewiesen werden konnten. Immerhin erwuchs eine aussichtsvolle Perspektive für die Behandlung psychisch Erkrankter.

II.

Bürgi (3) war der erste, der die Frage, wie sich narkotische Medikamente gegenseitig pharmakologisch beeinflussen, durch mehr als tausend Experimente untersucht hat, allerdings hat er davon abgesehen, die Frage in der Richtung zu lösen, ob die Wirkung eines narkotischen Mittels durch ein zweites qualitativ geändert werde. Wir sind auch kaum imstande, diese Frage durch Experimente irgendwelcher Art zu beantworten, denn unsere Kenntnisse über die Lähmung der nervösen Zentren, überhaupt über diese Zentren sind noch zu gering. Es leuchtet aber ein, daß z. B. das Scopolamin einen ganz anderen Angriffspunkt im Gehirn haben muß, als z. B. das Morphium oder irgendein anderes narkotisches Mittel; das geht schon aus der Eigenart seiner Wirkung hervor. Bürgi (3) hat lediglich der Frage auf den Grund zu kommen versucht, ob die „narkotische Wirkung eines Medikamentes durch ein zweites Narkotikum in quantitativer Richtung geändert wird, d. h. ob der narkotische Effekt zweier gleichzeitig oder nacheinander gegebenen Medikamente der algebraischen Summe der zwei Einzeleffekte entspricht oder nicht."

Wissenschaftliche Untersuchungen über die quantitativen Verhältnisse der „Mischnarkose" waren recht wenige angestellt worden. Overton (4) war es, der in seiner bekannten Schrift über die Narkose angab, daß sich die narkotischen Wirkungen zweier indifferenten Narkotika aus der Fettreihe ziemlich genau addieren, während Honigmann (5) fand, daß ein Gemisch von Chloroform und Äther — also auch zweier narkotischer Mittel aus der Fettreihe — stärker wirke, als es der algebraischen Summe der zwei Einzeleffekte nach zu erwarten wäre. Bürgi (3), der fast ausschließlich an Kaninchen experimentierte, und der als Grundlage für seine vergleichenden Untersuchungen die „minimal narkotisierende" Dosis wählte, benutzte zu seinen Experimenten zuerst Kombinationen von Scopolamin und Urethan, von Morphium und Urethan und von Scopolamin und Morphium.

Er fand mit seinen Schülern Hauckold (6) und Lindemann (7), daß nicht nur das Scopolamin mit verschiedenen narkotischen Mitteln kombiniert, eigentümliche Verstärkungen der Wirkung hervorruft, sondern daß auch andere Narkotikapaarungen ein ähnliches Verhältnis zeigen, und zwar treten diese Erscheinungen nicht nur bei der Darreichung der Medikamente per os und per injektionem, sondern auch dann ein, wenn die Mittel intravenös in den Organismus gelangen.

Um sich über diese verstärkte Wirkung der Kombination narkotischer Mittel Klarheit zu verschaffen und sie physiologisch zu begründen, machte Bürgi (3) zahlreiche Versuche mit einer bestimmten Dosis ein und desselben Narkotikums, das er einmal in toto, das andere Mal in aufeinanderfolgenden Portionen verabfolgte, und er fand, daß durch eine Verteilung der Medikamentenmenge, durch eine „Verzettelung" der Dosis ebenfalls eine Effektverstärkung zu erzielen war.

Aus diesem Ergebnisse folgerte Bürgi (3): „die Verteilung der Dosis verstärkt den narkotischen Effekt deshalb, weil eine Zelle in der Zeiteinheit nur ein gewisses Etwas von einem an ihr vorüberfließenden Medikamente aufnehmen kann." Jede chemische Reaktion hat eine bestimmte Zeit nötig, und der Forscher glaubte eine Erklärung für die Tatsache, daß eine Arzneidose X stärker wirkt, wenn sie gewissermassen in refracta dosi kurz hintereinander gegeben, als wenn sie in toto gereicht wird, darin gefunden zu haben, daß erstens die Zelle in zwei oder drei Zeiteinheiten mehr von dem Medikament aufnehmen kann, als in einer Zeiteinheit, und daß zweitens bei einer einmaligen Verwendung einer großen Menge relativ viel von den pharmakologischen Effekten verloren geht, weil nur ein verhältnismäßig kleinerer Teil der verwendeten Dosis mit der Zelle in Berührung tritt, als bei wiederholter Einfuhr geringerer Quantitäten. Mit diesen experimentell-wissenschaftlichen Ergebnissen decken sich die praktischen Erfahrungen der Psychiatrie, daß man mit der Darreichung eines narkotischen Mittels in kleineren Dosen hintereinander größere Wirkungen erzielt, wie bei der Darreichung einer größeren Einzeldosis.

Für die Verstärkung der narkotischen Wirkung eines Medikamentes durch die Kombination mit einem zweiten Narkotikum wurde eine Hypothese aufgestellt, die durch zahlreiche Untersuchungsreihen vollauf bestätigt wurde. Es wurde angenommen, daß

„eine Zelle aus zwei verschiedenen narkotischen Mitteln, für die sie zwei verschiedene Rezeptoren, d. h. chemisch verwandte Moleküle hat, in der Zeiteinheit mehr an pharmakologisch wirksamer Substanz aufnehmen kann, als aus der doppelten Menge jedes einzelnen." Es treten also zwei chemische Reaktionen gleichzeitig in die Erscheinung.

Wenn nun die Theorie Bürgis (3) richtig ist, so müssen sich Stoffe, die denselben Zellrezeptor haben, in ihrem pharmakologischen Effekte nur addieren, während sich Substanzen mit verschiedenen Rezeptoren gegenseitig verstärken. Durch Versuche mit Narkotizis der Fettreihe, die alle mit ein und derselben Zellsubstanz, nämlich mit den Lipoiden — dem Lezithin-Cholesterin — verwandt sind, hat sich ergeben, daß durchschnittlich eine Addition der pharmakologischen Einzelwirkungen eintritt in Übereinstimmung mit den Ergebnissen Overtons (4). Diese Versuche wurden mit Kombinationen von Urethan mit Chloralhydrat, von Urethan und Paraldehyd und Paraldehyd und Chloralhydrat angestellt.

Auf der anderen Seite trat aber eine Verstärkung der pharmakologischen Wirksamkeit bei Verwendung von Substanzen mit verschiedenen Zellrezeptoren ein, wie das vor allen Dingen bei den Kombinationen von Scopolamin mit Morphium und anderen narkotischen Mitteln der Fall ist; daß das Scopolamin, das Morphium und die Narkotika der Fettreihe nicht mit den gleichen Stoffen im Organismus verwandt sind, geht schon aus ihrem pharmakologischen Verhalten deutlich hervor. Eine Scopolaminnarkose, eine Morfinnarkose und eine Urethannarkose sind ferner unter sich nicht nur sehr, sondern so sehr voneinander verschieden, daß wir nicht nur an ungleiche Rezeptoren, sondern auch an ungleiche Angriffspunkte im Gehirne denken müssen.

Bürgi (3) kommt auf Grund seiner zahlreichen Versuchsreihen und Ergebnisse zu folgenden Resultaten: „zwei gleichzeitig oder kurz nacheinander in den Organismus eingeführte narkotische Mittel wirken im allgemeinen bedeutend stärker, als man einer einfachen Addition der zwei Einzeleffekte nach erwarten dürfte. Diese Verstärkung, die das zwei- und dreifache oder ein noch höheres Multiplum der durch Addition berechneten Wirkung ausmachen kann, ist dann am stärksten, wenn die zwei Medikamente mit verschiedenen Substanzen des Organismus chemisch verwandt sind, d. h. wenn sie verschiedene Zellrezeptoren haben, wie das z. B. bei Medikamentkombinationen von Scopolamin und Morfin oder einem Narkotikum der Fettreihe, ferner bei einer Paarung von Morphium mit einem Narkotikum der Fettreihe der Fall ist. Die Wirkungen verschiedener Narkotika der Fettreihe (Paraldehyd, Chloralhydrat, Urethan) addieren sich dagegen im allgemeinen nur, wenn sie kombiniert werden, da diese Substanzen alle den gleichen Zellrezeptor (Lezithin-Cholesterin) haben. Und ferner wurde gefunden und bewiesen, was wir schon angedeutet haben, daß die Dosis X ein und desselben Narkotikums stärker wirkt, wenn sie in zwei oder mehreren, rasch aufeinander folgenden Teildosen, als wenn sie auf einmal gegeben wird."

Dieses experimentelle Ergebnis Bürgis (3) fand in neuerer Zeit Bestätigung durch die Versuche Beinaschewitz's (8), der mit subkutanen und intravenösen Injektionen an Kaninchen teils mit Urethan, teils mit Morphium experimentierte. Es zeigte sich besonders, daß die Wahl der Intervalle nicht gleichgültig ist. Bei größeren Intervallen nimmt die Verstärkung der Wirkung wieder ab, da nun die Zelle anscheinend wieder Zeit gefunden hat, sich des in der ersten Teildosis aufgenommenen Narkotikums wieder zu entledigen.

III.

Diesen durch viele experimentelle Untersuchungen wissenschaftlich gefestigten Ergebnissen, die uns in die Lage versetzen, mit unseren narkotischen Mitteln bei der Behandlung der Geisteskrankheiten die oft sehr wünschenswerte und notwendige Wirkung zur Bekämpfung hochgradiger Erregungszustände zu erzielen, stehen auch zahlreiche empirische klinische Erfahrungen zur Seite.

In früheren Zeiten war man mit der Kombination von schlaf- und beruhigungbringenden Arzneien viel freigiebiger, als in späteren Zeiten, in denen man sich mehr und mehr zu einem „Zurück zur Einfachheit des Rezeptes" bekannte. Allerdings müssen wir zugeben, daß früher wohl andere Gesichtspunkte bei der Kombination von narkotischen Mitteln maßgebend waren, als die der Verstärkung der pharmakologischen Wirksamkeit, oder zwei gleichwertige und gleichwirkende Mittel einfach miteinander zu addieren; man beabsichtigte vielmehr durch die eine Reihe der Mittel (Alkohol, Opium, Morphium) die mangelhafte Zirkulation, deren Intaktheit die erste Bedingung zum Eintreten des Schlafes ist, im Gehirne und seinen Häuten zu heben, um der zweiten Reihe (Brom, Chloral) die schnelle und gleichmäßige Verteilung in den Nervenzentren zu erleichtern. [Bresler (2).]

Schon sehr lange dürfte eine Kombination von Morphium und Chloralhydrat in Anwendung stehen, die, soweit mir bekannt ist, zuerst von Erlen-

meyer (9) empfohlen worden ist; er verordnete es nie allein, sondern immer in Verbindung mit Morphium und erzielte immer nur prompte hypnotische Wirkung. Bemerkenswert ist der von Erlenmeyer (10) empfohlene Zusatz von Alkohol (Arrak, Kognak, Portwein etc.), um den bitteren und kratzenden Geschmack des Chloralhydrates zu korrigieren, der auch gleich ein kleines Adjuvans darstellte. Meine eigenen Erfahrungen an früheren zahlreichen Beobachtungen bestätigen vollauf, daß die Wirksamkeit der Kombination von Chloralhydrat und Morphium (Chloralhydrat 7,5 + Morphin. muriat. 0,05 auf 150 Aq. dest.) erheblich größer ist, als die des Chlorals allein.

Bresler (2) glaubt, daß sich zu einer gegenseitigen Ergänzung vorzüglich die Alkaloide einerseits und die Verbindungen der Methyl-Äthyl- usw. Gruppe sowie die anorganischen Verbindungen — darunter die Bromsalze — andererseits vorzüglich eignen. Er empfahl die Darreichung von Opium mit Sulfonal oder Trional sehr als Schlafmittel.

Bekannt sind die pharmazeutischen Präparate Dormiol, Hypnal u. a. m., ersteres stellt eine Kombination von Chloralhydrat und Amylenhydrat, letzteres eine Vereinigung von Chloralhydrat und Antipyrin dar. Die Brauchbarkeit dieser Präparate, die allerdings wegen ihres teilweise hohen Preises nur sehr selten in größerem Umfange in der Anstaltspraxis Verwendung finden, läßt sich nicht verkennen. Dormiol entsteht dadurch, daß unter bestimmten Bedingungen Chloral- und Amylenhydrat sich zu Dimethyläthylkarbinolchloral oder Amylenchloral vereinigen. Meltzer (11) erblickte in dem von Fuchs erfundenen Dormiol ein gutes, in seiner Wirkung am meisten dem Chloralhydrat ähnliches Hypnotikum, das in Gaben von 0,5 bis 3,0 g prompte Schlafwirkung ohne unangenehme Nebenerscheinungen oder Folgen erzielte. Peters (12) leistete das Dormiol besonders gute Dienste bei der Schlaflosigkeit funktioneller Neurosen. Bei der Behandlung der Epilepsie lobte Hoppe (13) die prompte Wirkung des Dormiols, die mindestens ebenso gut sei wie die des Amylenhydrates, und er beobachtete keine üblen Nebenwirkungen. Hoppe (13) glaubte indessen in Übereinstimmung mit Schultze (14) nicht, daß das Dormiol zur dauernden Behandlung der Epilepsie den Bromsalzen Konkurrenz machen würde, wie das in der Tat auch nicht geschehen ist. Leider liegen keine Erfahrungen über Dormiol in der uns interessierenden Richtung vor; es dürfte sich empfehlen, das Dormiol in geeigneten Fällen auf eine eventuelle Steigerung seiner Wirksamkeit gegenüber der der Einzelkomponenten zu untersuchen.

Dasselbe gilt auch vom Hypnal, über dessen Wirksamkeit auch sonst wenige Mitteilungen vorliegen; es scheinen sich aber bei der Vereinigung von Chloralhydrat und Antipyrin die hypnotischen Eigenschaften des ersteren Mittels mit den analgetischen des anderen zu summieren, denn das Hypnal ist in kleineren Dosen schlafbringender als das Chloralhydrat allein. Ehrke (15), der allerdings noch nicht über ausreichende Versuche verfügte, sah häufig, daß die Wirkung des Hypnals ausblieb.

Wenden wir uns nun zu der Kombination von Hyoscin oder dem isomeren Scopolamin mit Morphium, so liegen hier, wie wir gesehen haben, experimentelle Untersuchungen in großer Anzahl vor, die mit Sicherheit ergeben haben, daß bei der Kombination beider Mittel eine Verstärkung des pharmakologischen Effektes stattfindet.

Die therapeutische Anwendung des Scopolamins war zuerst in der psychiatrischen Praxis von Bedeutung, und das Alkaloid wurde bereits von Sohrt (16) und Ernst (17) zur Beruhigung von Geisteskranken, die starke motorische Unruhe zeigten, empfohlen, bis es gewissermaßen als das souveränste Narkotikum in der Behandlung der Geisteskrankheiten in vielen Fällen unentbehrlich geworden ist, vor allen Dingen aber durch die Schnelligkeit des Eintritts der Wirkung ganz besonders hervorragt.

Durch die Kombination des Hyoscins mit Morphium wurde die Anwendung des Mittels indessen noch weiter ausgedehnt, und hier war es besonders Schneiderlein (18), der die Totalnarkose durch Hyoscin-Morfin — allerdings bei hohen Dosen — inaugurierte, eine neue Methode, die von Korff (19), Blos (20) u. a. weiter ausgebildet wurde. Daß die Verbindung des Morfins mit dem Scopolamin in der Tat außerordentlich günstige Wirkung bezüglich der narkotischen Kraft auszuüben imstande ist, zeigten auch die Tierversuche Kochmanns (21), der durch Dosen von Morphium und Hyoscin, die an und für sich einzeln nur ganz geringfügige Wirkungen ausübten, in der Kombination beider Alkaloide Schlaf und Analgesie beim Hunde hervorrufen konnte.

Becker (22) ging noch weiter und kombinierte Hyoscin-Morfin noch mit Paraldehyd, das ihm das geeignetste Hypnotikum erschien wegen seiner Ungefährlichkeit quoad vitam und seiner Unschädlichkeit für das Herz. Zuerst verabreichte er kleine Dosen von 2 g Paraldehyd per os kurz vor der Hyoscin-Morfin-Injektion, die er dann bei einzelnen Patienten steigerte bis zu 10 g Paraldehyd bei voller Hyoscin-Morfinspritze (0,015 Morfin + 0,0025 Hyoscin). Trotz nach hunderten zählenden Beobachtungen hatte

Becker (22) niemals eine Intoxikation irgendwelcher Art beobachtet, wohl aber neben promptem Einschlafen eine erhebliche Schlafdauer. In verschiedenen Fällen erwies es sich praktischer, dann das Paraldehyd zu reichen, wenn die Patienten aus dem Hyoscin-Morfin-Schlafe erwachten und wieder zu lärmen anfingen. Die noch bestehende schwache Hyoscin-Morfinwirkung reichte dann, wenn das Paraldehyd als Adjuvans hinzukam, noch hin, ein Wiedereinschlafen zu ermöglichen, wie Becker (22) einige Male zu beobachten Gelegenheit hatte. In einigen wenigen Fällen konnte ich die Beobachtungen Beckers bestätigt finden, nur benutzte ich eine Hyoscin-Morfinlösung (Normallösung), die in einem Kubikzentimeter 0,02 Morfin und 0,001 Hyoscin enthält, eine Lösung, die sich mir in Übereinstimmung mit zahlreichen Psychiatern als die zuverlässigste und bestwirkendste erwiesen hat.

Bei meinen vielfachen Untersuchungen mit Kombinationen von narkotischen Mitteln habe ich gefunden, daß die Kombination von Chloralhydrat und Veronal außerordentlich wirksam ist. Mit der Darreichung von 2 g Chloralhydrat und $^1/_2$ g Veronal habe ich sehr gute narkotische Effekte erzielt, die sowohl an Intensität, als auch an Dauer der Wirkung die der einzelnen Komponenten erheblich übertreffen. Sehr zweckmäßig hat sich erwiesen, zuerst 0,5 Veronal und eine halbe Stunde später 2 g Chloralhydrat zu verabfolgen. In einzelnen Fällen habe ich auch die Veronalgabe bis auf 0,8 und 1,0 g erhöht, um stärkere Unruhe zu bekämpfen und Schlaf zu erzielen. Ähnliche günstige Erfahrungen habe ich auch mit der Kombination von Chloralhydrat und Neuronal gemacht.

Zur Bekämpfung hochgradiger chronischer Erregungszustände, bei denen jegliche andere Behandlung, auch die des Dauerbades — und es gibt viele solche Fälle — völlig versagt, habe ich im Laufe mehrerer Jahre eine Methode erprobt, die nicht nur die Kombination von narkotischen Mitteln, sondern auch die Darreichung in Teildosen in sich schließt und die die Kombination narkotischer Mittel in refracta dosi darstellt. Ich gebe an einem Tage in drei Zeiteinheiten je nach dem Grade der Erregung je 0,5 bis 1,0 g Sulfonal, am nächsten Tage ebenfalls in drei Teildosen je 0,5 bis 1,0 g Trional, am dritten Tage dreimal 0,5 bis 0,8 Veronal und am vierten Tag dreimal $^1/_2$ bis 1 g Chloralhydrat, um unter Umständen mit weiteren Schlafmitteln (Paraldehyd etc.) in derselben Weise fortzufahren oder den Turnus von neuem zu beginnen. Auf diese Weise gelingt es nicht unschwer, eine stetige Beruhigung zu erzielen. Durch eine genaue Aufzeichnung der verabfolgten narkotischen Mittel gelingt es ferner leicht, bei jedem einzelnen Falle die Nachhaltigkeit der Wirkung der in dieser Form verabfolgten narkotischen Mittel festzustellen, so daß es möglich ist, an zwei bis acht Tagen völlig mit der Darreichung von Medikamenten auszusetzen, um nach Ablauf der Nachwirkung wieder so zeitig mit den narkotischen Mitteln einsetzen zu können, um einen Wiederausbruch der Erregung zu verhindern. Trotz jahrelanger Anwendung dieser Methode habe ich noch keine Intoxikation irgendwelcher Art beobachtet, wohl aber habe ich mich immer von der Promptheit der Wirkung und besonders ihrer Nachhaltigkeit überzeugen können. Gelegentlich habe ich auch die einzelnen Tagesdosen abwechselnd mit Sulfonal, Trional und Veronal beschickt, was sich ebenfalls als sehr wirksam erwiesen hat, indem hier die verstärkende Wirkung verschiedener narkotischer Mittel noch besser zur Geltung kam. Nie aber gebe ich ein und dasselbe narkotische oder Schlafmittel mehrere Tage hintereinander, auch nicht in kleineren Teildosen.

Allerdings hat sich bei dieser Methode die Bedeutung der hypnotischen Mittel im gewissen Sinne geändert und verschoben, sie sind Beruhigungsmittel geworden, die am Tage in Teildosen gereicht werden, aber auch dem Kranken während der Nacht den segensreichen Schlaf gewähren.

Die Erfahrungen über die Anwendung vom Kombinationen narkotischer und Schlafmittel, für die bei dem reichen Schatze der einschlägigen Mittel ungeahnte Möglichkeiten erwachsen, sind in der Literatur noch recht wenig zahlreich niedergelegt worden; diese Zeilen sollen aber dazu anregen, die Fachkollegen ihre Erfahrungen über Medikamentpaarungen zu der psychiatrischen Praxis einerseits bekannt zu geben wie andererseits aber auch weitere Versuche in der einschlägigen Richtung anzustellen.

Literaturverzeichnis.

1. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl.
2. Bresler, Zur kombinierten Verwendung der Narkotika und Hypnotika. Deutsch. medizin. Wochenschrift, 1896.
3. Bürgi, Die Wirkung von Narkotika-Kombinationen. Deutsche med. Woch., 1896.
4. Overton, Studien über die Narkose. 1901.
5. Honigmann, Über Mischnarkose. Langenbeck Archiv, Bd. 58.
6. Hauckold, Über die Beeinflussung der Narkotika durch Scopolamin. In.-Diss., 1909, Bern.
7. Lindemann, Versuche über die Morphium-Urethannarkose. In.-Diss., 1909, Bern.

8. Beinaschewitz, Über die Erhöhung der Wirkung narkotischer Medikamente durch Verteilung der Gesamtdosis. Therap. Monatshefte, 1910.
9. Erlenmeyer, Über Chloralhydrat. Allgem. mediz. Zentralzeitung, 1870.
10. Erlenmeyer, Beitrag zur symptomat. Behandlung der Paralysis agitans. Zentralblatt für Nervenheilkunde, 1883.
11. Meltzer, Dormiol, ein neues Schlafmittel. Deutsch. med. Wochenschrift, 1899.
12. Peters, Die Wirkung des Dormiols, eines neuen Schlafmittels. Münch. med. Woch., 1900.
13. Hoppe, Die Verwendung des Dormiols bei Epileptikern. Münch. med. Wochenschrift, 1902.
14. Schultze, Neurolog. Zentralblatt, Nr. 6, 1900.
15. Ehrke, Versuche mit neuen Schlafmitteln. Neur.-psych. Wochenschrift, 1906/07.
16. Sohrt, In.-Dissertation, Dorpat, 1885.
17. Ernst, Dissertation, Dorpat, 1893.
18. Schneiderlein, Die Scopolamin-Morfinnarkose. Ärztl. Mitteilungen für Baden, 1900.
19. Korff, Münch. med. Wochenschrift, 1901 u. 1902.
20. Blos, Beiträge zur Chirurgie, 1902.
21. Kochmann, A. int. de Pharmac. et de Therap., 1903; Münch. med. Wochenschrift, 1905.
22. Becker, Über Schlafmittelkombinationen. Reichsmediz. Anzeiger, 1911.

Mitteilungen.

— Die Schaffung einer **psychiatrisch-publizistischen Vertrauenskommission** war Gegenstand der Erörterung in der Sitzung des Reichsverbands der deutschen Presse in München am 17. Juni 1912. Das Referat dazu hatte Redakteur Giesen-Frankfurt a. M.: Vor einiger Zeit sei an den Reichsverband die Frage herangetreten, ob er sich an einer psychiatrisch-publizistischen Vertrauenskommission beteiligen wolle, die durch ihre Zusammensetzung die Gewähr für eine objektive Prüfung aller derjenigen Fälle der Aufnahme und Behandlung in Irrenanstalten bieten würde, welche zu öffentlicher Kritik Anlaß geben. In der Kommission sollen sein drei Psychiater und zwei Vertreter der Presse. Die Kommission könnte beitragen zur Beseitigung von Mißständen und Mißverständnissen auf dem Gebiete der Irrenpflege, namentlich der Internierung usw. Der Vorstand des Reichsverbandes hat sich für eine Mitarbeit ausgesprochen und Dr. Kastan und Giesen in die Kommission delegiert. Dabei wurde die Voraussetzung ausgesprochen, daß in keiner Weise eine Beeinflussung oder Bedrückung der Kritik der Presse beabsichtigt werden dürfe. Damit haben sich die Vertreter der Psychiatrie einverstanden erklärt. Giesen empfahl, den Beschluß des Vorstandes gutzuheißen. Die Versammlung stimmte dem zu.

— Der **Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen** hielt am 3. Juni d. Js. seine Jahresversammlung in Dresden ab. Der Vorsitzende, Geheimer Rat Dr. Weber, betonte nach kurzen, einleitenden Worten über die wenn auch geringen Fortschritte des Vereins, daß dieser doch ja nicht zum Almosenverein degradiert werden solle, sondern daß es seine Aufgabe sei, mit Rat und Tat, wenn nötig auch mit größeren Summen, den Entlassenen zum Fortkommen im öffentlichen Leben zu verhelfen. Damit diese Summen immer größer bemessen werden könnten, wurde in Aussicht gestellt, sobald das Stammkapital die statutengemäße Höhe erreicht haben werde, die von den Ausschußmitgliedern an die Hauptkasse abzugebenden $^2/_5$ der Beiträge zu Unterstützungen freizugeben. Der Bericht des Kassierers gab die Höhe des Stammvermögens als bereits **42000 M.** übersteigend an. Fast 9000 M. seien im Berichtsjahre zu Unterstützungen verwendet worden. Die kleine Schar der Erschienenen bestätigte nach der Entlastung des Kassierers die vom Vorstand neugewählten und wählte die statutengemäß ausscheidenden Ausschußmitglieder sowie die Rechnungsprüfer des Vorjahres wieder. Da die zum Vorsitzenden und Schriftführer einstimmig gewählten Herren Obermedizinalrat Dr. Schulze und Pfarrer Weber die Wahl zurzeit nicht annahmen, erklärten sich die beiden bisherigen Vorstandsmitglieder, die eine Wiederwahl abgelehnt hatten, bereit, bis auf weiteres die Geschäfte fortzuführen, so daß der Vorstand zurzeit besteht aus den Herren Geheimer Rat Dr. Weber, Pfarrer Kayser, Oberarzt Dr. Ackermann.

— Die **Irrenanstalt Hoerdt i. Els.**, bisher Zweiganstalt von Stephansfeld, ist seit dem 1. April d. Js. abgetrennt und hat selbständige Verwaltung erhalten. Sie ist jetzt gemeinsame Pflegeanstalt der drei Bezirke des Reichslandes. Die Oberaufsicht führt der Bezirkspräsident des Unter-Elsaß. Ferner ist das in Hoerdt neu errichtete feste Haus, welches zur Aufnahme gefährlicher Geisteskranker aus den drei Bezirken dienen soll, eröffnet worden. Zum Direktor der neuen Anstalt ist Dr. Haberkant (bisher Oberarzt der Zweiganstalt) ernannt worden.

— **Zukünftige Gestaltung der Irrenfürsorge im Königreiche Sachsen.** Nach dem von beiden Ständekammern im gegenwärtigen Landtage nach Vorlage der Regierung beschlossenen Gesetz über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken, das am 1. Oktober 1913 in Kraft treten soll, müssen in die Landesanstalten alle erwachsenen Geisteskranken aufgenommen werden, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband oder eine sächsische Gemeinde in Erfüllung ihrer Verpflichtung beantragt.

Dem Staate ist damit eine Verpflichtung auferlegt, zu deren Erfüllung nun die erforderlichen Einrichtungen beschafft werden müssen. Zu dem Zwecke soll das Areal der Anstalt Arnsdorf völlig ausgebaut

werden, und fünf weitere bestehende Anstalten sind entsprechend zu vergrößern. Es werden für die Etatperiode 1912/13 1454215 M. gefordert, darunter künftig wegfallend 811415 M., während die Einnahmen auf 424100 M. festgestellt sind. Die gesamten Kosten für die nötigen Neu- und Erweiterungsbauten betragen (einschließlich 100000 M. für Grunderwerb in Arnsdorf) 7452830 M., wozu jedoch die Städte Dresden 3000000 M., Chemnitz 1500000, Plauen 600000, Zwickau 350000, Meißen, Zittau, Bautzen und Freiberg je 100000 M. beitragen sollen. Diese Städte haben sich grundsätzlich dazu bereit erklärt. Auf den Staat entfallen somit gemeinjährig 801415 M.

Bei den Beratungen in der Finanzdeputation der Zweiten Kammer wies ein Deputationsmitglied darauf hin, daß allem Anschein nach die Regierung das Ausscheiden der Städte Freiberg, Bautzen, Meißen, Zittau aus den Bezirksverbänden nur zulassen wolle, wenn das Bezirksverbandsgesetz angenommen werde. Der Regierungskommissar erklärte dazu, daß diese vier Städte die 100000 M. erst dann zu zahlen hätten, wenn sie aus dem Bezirksverbande ausgeschieden sind. Die Frage sei aber nicht so wichtig, daß man deshalb etwa die Errichtung der nötigen Anstalten verzögern dürfe. Die Stadt Leipzig hat dem Staate die Heil- und Pflegeanstalt Dösen unentgeltlich abgetreten, weshalb Leipzig mit der Verpflichtung zur Leistung von Barmitteln nicht in Betracht kommt. Die Anstalt Dösen wird Anfang 1913 vom Staate übernommen. In Arnsdorf werden gebaut acht Häuser für Kranke, sechs Beamtenwohnhäuser, ein Altenheim für Pflegerinnen, eine Pflegerschule und eine Anzahl Gebäude für die nötigen Nebenanlagen. Neu hinzukaufen will man Areal mit einem Bauerngut für 100000 M., das als Bauland und zur Errichtung von Wohnungen für Pfleger später verwendet werden soll. Auf Dienst- und Ausstattungsstücke entfallen 325000 M. Der Gesamtaufwand beträgt 3800000 M.

Für die Anstalt Sonnenstein sind in den Ergänzungsetat eingestellt 1207830 M. In Betracht kommen fünf Krankenhäuser, vier Beamtenhäuser und die nötigen Nebenanlagen. In Untergöltzsch werden beschafft für 439000 M. zwei Krankenhäuser, einschließlich Ausstattung und Nebenanlagen, in Zschadraß für 673000 M. zwei Häuser für Kranke, eins für zwei Ärzte und die nötigen Nebenanlagen, in Großschweidnitz für 923000 M. vier Krankenhäuser mit den nötigen Nebenanlagen, in Hubertusburg für 410000 M. ein größeres Krankenhaus für hochgradig unruhige Frauen und Nebenanlagen.

Diese Ausgaben betragen zusammen gemeinjährig 3726415 M., wovon auf die schon genannten Städte 2925000 M. entfallen, so daß 801415 M. für die ständische Bewilligung verbleiben. Es wird vorbehalten, die für diese Bauten bewilligten Summen bei anderen Heil- und Pfleganstalten und in anderer Weise zu Bauzwecken zu verwenden. Die Regierung macht diesen Vorbehalt, weil sich bei Aufstellung des Etats noch nicht ganz übersehen läßt, ob die vorgeschlagene Verteilung dem Bedürfnis und der Zweckmäßigkeit allenthalben entspricht. Dagegen war von der Deputation nichts einzuwenden.

(Meißner Tageblatt, 15. Juni 1912.)

Referate.

— Revue de médecine. Oktober, 1911. Alcan-Paris. 885 Seiten.

Professor Lépine-Paris ist bei seinem Scheiden vom Amt von Schülern und Freunden in 112 Aufsätzen vorliegende Revue gewidmet, die uns einen interessanten Einblick in den Stand der französischen Medizin gestattet.

Aus dem mannigfachen Inhalt seien hier nur einige, speziell für den Psychiater wichtige Punkte hervorgehoben.

Da spricht sich einmal Ballet über Psychiatrie und die Psychiater aus und will manches lieber den Juristen übertragen wissen, da die Verantwortung des ärztlichen Sachverständigen zu groß sei, z. B. bei der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

In mehr skizzenhafter Weise beschäftigt sich Faisant mit den Ärzten in Zolas Werken. Er erwähnt kurz die einzelnen Figuren in seinen Romanen, z. B. in Lourdes und in den bekannten Rougon-Macquart; der Doktor Pascal ist zwar abgeschlossen dargestellt, aber im allgemeinen nicht überzeugend. Als Krankheitsstudie gefällt F. besonders das gut beschriebene Delirium tremens von Coupeau, ferner die aufopfernde Tätigkeit der Ärzte in Le Débâcle u. a. m.

Fromant und Sauly äußern sich über die Krämpfe beim Diabetes mellitus, die sie auf Azetonvergiftung zurückführen und als selbständiges Krankheitsbild ansehen.

Mairet geht auf die verschiedenen Stufen des Zornes ein, speziell bei Epileptikern, und kommt zu folgendem Resultat: „Die psych. Epilepsie existiert tatsächlich und der paroxystische Zorn ist eine der Arten ihrer Manifestation."

Den Wert anthropometrischer Messungen bei Degenerierten hebt Martin hervor, während Nikoles sein Interesse den syphilitischen Veränderungen des dritten Stadiums zuwendet. Er führt die tuberk. Veränderungen und die ihnen ähnlichen, besonders diejenigen bei tertiärer Lues, mit Recht auf entzündliche Prozesse zurück und legt hinsichtlich der Diagnose großen Wert auf die erfolgreiche oder fehlende Wirkung einer spezifischen Behandlung. Von der Calmetteschen Reaktion meint er, daß sie bei Syphilis noch häufiger als bei Tuberkulose anzutreffen sei.

Die Störungen der Mimik bei Paralytikern erklärt Pierret aus dem diffusen Rindenprozeß und erachtet die Mischung von Lähmung und Spasmus der Gesichtsmuskulatur als charakteristisch für die fortschreitende Hirnlähmung.

Schließlich sei noch den Ausführungen Romes gedacht, der eine essentielle Jacksonsche Epilepsie in Abrede stellt. Kürbitz-Sonnenstein.

— Guttzeit, Johannes, Schamgefühl, Sittlichkeit

und Anstand, besonders in geschlechtlicher Hinsicht. Mit 75 Abbildungen. Dresden, Sturms Verlag. Preis 5 Mark.

Wenn man auch nicht kleinlich und prüde sein soll, so darf man andererseits doch nicht ins Extrem verfallen, wie Verf. es zweifellos tut. Gewiß zeigt das Weib oft mit der Kleidung ihre Formen, anstatt sie zu verhüllen, das berechtigt aber noch nicht, derartig die Nackt-Kultur zu preisen, wie es Verf. beliebt. — Ein Bedürfnis nach einem derartigen Buch lag wohl kaum vor, um so mehr, als es für manche Personen direkt schädlich wirken kann. Wenn Verf. es auch nicht für Jünglinge und Psychopathen geschrieben hat, so ist doch zu bedenken, daß gerade sie mit Vorliebe derartige Bücher erstehen und sich an Bildern und Text erregen.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Kohl, Dr. August, Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. Würzburg, 1911, Verlag Kabitzsch. 82 S.

In vorliegender Schrift wendet sich Verf. besonders an die Erzieher und will ihre Aufmerksamkeit auf das Entwicklungsalter und die in dieser Zeit zutage tretende Sexualität lenken; weniger will er die biologischen Prozesse erörtern.

Zuerst schildert er das Typische der Pubertätsperiode, um dann gewisse Normen für die spätere pädagogische Verwertung zu schaffen. Er gibt einen Überblick über die Entwicklung der Sexualverhältnisse während der Pubertät und unterscheidet vorwiegend zwei Hauptgruppen: die instinktmäßige, unbewußte und die Zeit der Ahnungen, denen sich als Ergänzung schließlich noch die Zeit des Wissens anschließt.

Mit Recht weist er darauf hin, daß eine Trennung zwischen originären, auf natürlicher Grundlage beruhenden Phänomenen von den artefiziellen, kulturellen nur unter pathologischen Verhältnissen möglich ist.

Des Genaueren geht Verf. auf die Erscheinungen der unbewußten Sexualität bei der gebildeten Jugend als der für den Psychologen besonders interessanten ein. Er schildert flott die Zeit der Pubertät (Flegeljahre, Schüchternheit) und zitiert aus Dramen entsprechende Gestalten.

Die Wechselbeziehungen, die er zwischen Schüchternheit und Koketterie annimmt, darf man wohl für einen Teil der Fälle anerkennen; auch ist es zweifellos richtig, daß die unbewußt-sexuell angeregte Jungfrau oft bisexuell empfindet. Ferner ist die Mahnung des Verf., daß die Eltern die Periode des Drängens nach Aufklärung sorgsam im Auge behalten sollen, durchaus beherzigenswert. Kürbitz-Sonnenstein.

— Riklin, L'organisation et le fonctionnement du traitement familial dans le canton de Zurich. Genève, 1911. 14 S.

Riklin ist Leiter der gesamten Familienpflege für Geisteskranke im Kanton Zürich und berichtet über die Einrichtung und die Erfolge dieser Behandlungsweise.

Nach einem Rückblick auf die bekannten grundlegenden Verhältnisse in Gheel und nach mannigfachen Hinweisen auf Deutschland schildert Verf. seine schweizerischen Erfahrungen.

Die Familienpflege ist unabhängig von der Anstalt und hat ihr eigenes Budget, verlangt aber die gleichen Bedingungen zur Aufnahme und dieselben Kosten, wie für die Anstaltsinsassen.

Einem Psychiater untersteht die gesamte Familienpflege in dem einzelnen Kanton; zugleich ist er regelmäßig Mitglied der Aufsichtsbehörde über die Privatanstalten und über die entlassenen Kriminellen, kann also auch hier seinen Einfluß geltend machen.

Mit den Erfolgen ist R. in seinem Bezirk sehr zufrieden; alle Krankheiten sind vertreten; jedoch eignen sich Epilepsie und moralischer Schwachsinn nur wenig für diese Art der Behandlung; gröbere Ausschreitungen kamen im allgemeinen nicht vor.

Von Dezember 1908 bis Dezember 1910 wurden 148 Kranke, vorwiegend Frauen, in Familien untergebracht, aber nie mehr als zwei Personen zusammen. Die Kosten stellten sich niedriger als für die Anstaltsinsassen, im Durchschnitt wurden 1,20 bis 1,50 Fr. inkl. Kleidung pro Tag entrichtet.

Wir finden also in der Schweiz ganz ähnliche Erfolge wie in Deutschland, wo ja die Familienpflege auch von Jahr zu Jahr dank ihrer günstigen Resultate immer mehr zur Anwendung gelangt.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Lambert, Joseph, Médecine pratique à l'usage des gens du monde. 283 S.

Ein Ratgeber für Laien soll dieses Buch sein, in dem Verf. zuerst die einzelnen Heilmittel und dann die verschiedensten Krankheiten in bezug auf ihre Symptome und ihre Behandlung schildert.

Bei der Therapie bevorzugt er besonders Hausmittel, so z. B. beim Pottschen Buckel Umschläge auf die Nierengegend, Salbeieinreibungen etc.

Ein derartiges Buch in den Händen von Laien zu wissen, dürfte wenig zweckmäßig sein, weil dadurch nur zu leicht schwere Verzögerungen, sachverständige Hilfe rechtzeitig herbeizuziehen, entstehen können. Kürbitz-Sonnenstein.

— Bajenoff et Ossipoff, La Suggestion et ses limites. Paris, 1911, Blondet et Cie. 117 S.

Nach einem Überblick über die Geschichte der Hypnose und der Suggestion gehen die beiden russischen Autoren auf den Mechanismus der Suggestion ein unter Zugrundelegung eines Bildes von P. Janet, der die Elemente der Psyche mit den einzelnen Lichtgruppen eines Kronleuchters vergleicht.

Bei Besprechung der heutigen therapeutischen Methode werfen sie Freud mit Recht vor, daß er dem sexuellen Moment eine zu große Bedeutung beimißt. Große Männer sind nach ihrer Ansicht die Magnetiseure der nur nachahmenden Menge, und große Ideen sind die auf sie wirkenden Kräfte.

Ob die Hypnose praktisch den Wert besitzt, den die Verff. ihr zuschreiben, will Ref. zweifelhaft erscheinen. Kürbitz-Sonnenstein.

— J. Rogues de Fursac, L'avarice, essai de psychologie morbide. Paris, 1911. 185 Seiten. Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Verf., ein Arzt, leitet den Geiz von der natürlichen Anlage zum Sparen ab, die er bei den Pflanzen als physische Funktion, bei den Tieren als psychophysische und beim Menschen als rein psychische betrachtet wissen will.

Als Ursache für den Geiz sieht er beim Menschen die übertriebene Sparsamkeit an, wobei er insofern Rassenunterschiede macht, als er den freigebigen Engländer dem allzu sparsamen und genauen Franzosen gegenüberstellt.

Mit Recht spricht Verf. einer eventuellen Psychotherapie beim Geiz jeglichen Erfolg ab und vertritt die Ansicht, daß vielleicht später, durch vermehrten Wohlstand und üppigere Lebensweise diesem Übel gesteuert wird. Kürbitz-Sonnenstein.

— Pariser, Diät und Küche im diätetischen Sanatorium. Berlin, 1910.

Verf. gibt zunächst eine diätetische Skizze im Anschluß an die „Homburger Diäten" und geht dann auf allgemeine diätetische Grundsätze ein, besonders im Hinblick auf Sanatorien, die nicht eine Krankenhausküche haben sollen, sondern eine „vornehm-heitere Diät". Mit Recht befürwortet Verf. eine gewürzarme Kost, die natürlich keineswegs geschmacklos sein darf; die Fleischernährung trete zurück, Wein soll in der Regel nur als Geschmackskorrigens zu Wässern Verwendung finden. Küche und sonstige Leitung liege in einer Hand, und zwar in der eines Arztes.

Das Büchelchen, das alle einschlägigen Fragen in knapper Form in ihrer Gesamtheit berührt, enthält auch für Irrenanstalten manchen Wink, speziell wenn es sich um Darmkranke, Neurastheniker, Herz- und Gefäßleidende etc. handelt. Kürbitz-Sonnenstein.

— Delbrück, Die Bestimmungen des Vorentwurfs über Trunkenheit und Trunksucht. Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. Heft 95.

Bei dem großen Interesse, das von ärztlicher Seite der Trunksucht seit langem entgegengebracht wird, nimmt es nicht wunder, daß bald nach Bekanntgabe des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuch Kritiken der einzelnen diesbezüglichen Bestimmungen erfolgten.

In obiger Arbeit hat dies Verf. mit Geschick getan, er schildert eingehend jede neue Bestimmung und bespricht dann das Für und Wider.

Daß eine Definition von „Trunksucht" im Gesetz nicht vorgesehen, hält Verf. für belanglos, da praktisch, speziell bezüglich der Therapie, nichts darauf ankommt. Die Behandlung muß natürlich eine zwangsweise in entsprechender Anstalt sein und die Entlassung nur eine vorläufige. Unbedingt erforderlich sei die Errichtung staatlicher Trinkerheilanstalten, deren wir in Deutschland bekanntlich nicht eine einzige besitzen. Mit Recht betont Verf., daß man schon jetzt immer mehr in Irrenanstalten, Gefängnissen etc. auf Abstinenzbehandlung dringen müsse. Kürbitz-Sonnenstein.

— Berkhan, Über talentvolle Schwachsinnige. Zeitschrift für Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. V. Bd., 1911.

Daß Schwachsinnige zuweilen eine einseitige, außerordentliche Begabung besitzen können, ist hinreichend bekannt. Verf. führt einige derartige Beispiele aus der Literatur an und berichtet dann selbst von einem Imbezillen mit außergewöhnlicher Rechenkunst. Dieser konnte die Wochentage eines beliebigen Datums der Vergangenheit angeben, mit vierstelligen Zahlen multiplizieren etc. Allerdings löste er nicht alle Aufgaben fehlerfrei, hat also auch in seinem Talent, nicht nur in seinen allgemeinen geistigen Fähigkeiten, deutliche Einschränkungen. Kürbitz-Sonnenstein.

— Gutbier, Über einen Fall von zerebraler Kinderlähmung mit Atrophie der linken Groß- und rechten Kleinhirnhemisphäre als Obduktionsbefund. Inaugural-Dissertation, München, 1910.

Unter Vorausschickung der bisher veröffentlichten ähnlichen Fälle berichtet Verf. von einem Mann, der Epileptiker war und an zerebraler Kinderlähmung litt, daneben bestand noch erheblicher Alkoholabusus. Klinisch fand sich eine spastische, halbseitige Lähmung bezw. Parese mit gesteigerten Reflexen der gelähmten Seite; die Obduktion ergab vor allem eine enzephalitische Atrophie der ganzen linken Großhirnhemisphäre und der rechten Kleinhirnhemisphäre mit chronischer Leptomeningitis.

Ätiologisch kommt vielleicht Sturz von einem Tisch im ersten Jahre oder die „Kinderfraisen", eine fieberhafte Erkrankung mit Benommenheit und Krämpfen, in Betracht.

Wie auch sonst so häufig, standen auch in diesem Fall die klinischen Erscheinungen in keinem bestimmten Verhältnis zum Obduktionsbefund.

Drei Abbildungen illustrieren gut die einzelnen Hirnpartien. Kürbitz-Sonnenstein.

— Lube, Dr. Friedr., Die praktische Verwertbarkeit des Adalins als Schlafmittel und Beruhigungsmittel. (Aus der Königl. Universitäts-Klinik für psychische und Nervenkrankheiten zu Göttingen [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer]). Inaugural-Dissertation, 1912.

In der Königl. Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten zu Göttingen wurde im letzten Jahre Adalin bei 75 Patienten gegeben, und zwar 58 mal als Schlafmittel und in 17 Fällen als Beruhigungsmittel.

Der Autor faßt die Ergebnisse seiner Beobachtungen wie folgt zusammen:

1. Das Adalin wirkt in einer Dosis von 1 g als gutes Schlafmittel. Nur bei ganz schweren Fällen von Schlaflosigkeit scheint es zu versagen.

2. Eine Gewöhnung an das Adalin als Schlafmittel scheint nach zwei bis drei Wochen einzutreten. Jedoch hat das Mittel, wenn es nur wenige Tage mit einem anderen vertauscht war, dann wieder in der anfänglichen Dosis eine prompte gute Wirkung.

3. Mit Gaben von 1 g Adalin ist im wesentlichen derselbe Erfolg wie mit 0,5 g Veronal zu erzielen.

4. Bei Schlaflosigkeit, die mit Schmerzen einhergeht, ist eine Kombination von Adalin mit Phenacetin empfehlenswert.

5. Als Beruhigungsmittel wirkt Adalin nur bei leichteren Verstimmungs- und Erregungszuständen. Bei Zuständen, die mit schwerer Angst oder mit großer Erregung und starker motorischer Unruhe einhergehen, konnte ein Erfolg nicht erzielt werden.

6. Bei Chorea und Epilepsie scheint das Adalin keine besondere Wirkung zu haben.

7. Das Adalin wird ohne jede unangenehme Nebenerscheinung oder Nachwirkung in einer Dosis bis zu 2 g vertragen und ist schon deshalb eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes.

Das Adalin wurde bei allen Fällen ohne jede Nebenerscheinung gut vertragen. Die Patienten nahmen es meist gern und fühlten sich subjektiv vollkommen wohl.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Stettin.** Der Assistenzarzt Dr. von Sydow an der Prov.-Heilanstalt bei Ückermünde ist zum 1. Juli d. Js. zum Oberarzt befördert worden.

— **Galkhausen b. Langenfeld (Rheinl.).** Anstaltsarzt Dr. Storck schied aus Gesundheitsrücksichten aus.

— **Goddelau.** Assistenzarzt Dr. Rumpen von Aachen ist am 31. Mai d. Js. aus dem Dienst der hiesigen Anstalt ausgetreten behufs Übernahme einer Schiffsarztstelle beim Norddeutschen Lloyd.

— **Breslau.** Als Direktor der psychiatrischen Klinik und ordentlicher Professor der Psychiatrie zu Breslau ist Prof. Dr. Aloys Alzheimer aus München berufen worden.

— **Brünn.** Dem Direktor der Landesirrenanstalt bei Brünn, Dr. Alfred Hellwig, wurde der Titel eines Regierungsrats verliehen.

— **Kremsier.** Dem Direktor der Landesirrenanstalt in Kremsier, Sanitätsrat Dr. V. Návrat, wurde der Titel eines Regierungsrats verliehen.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma

E. Merck, Chemische Fabrik, Darmstadt

bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 14. 6. Juli 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Zur Feier des 100jährigen Bestehens der Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.*)

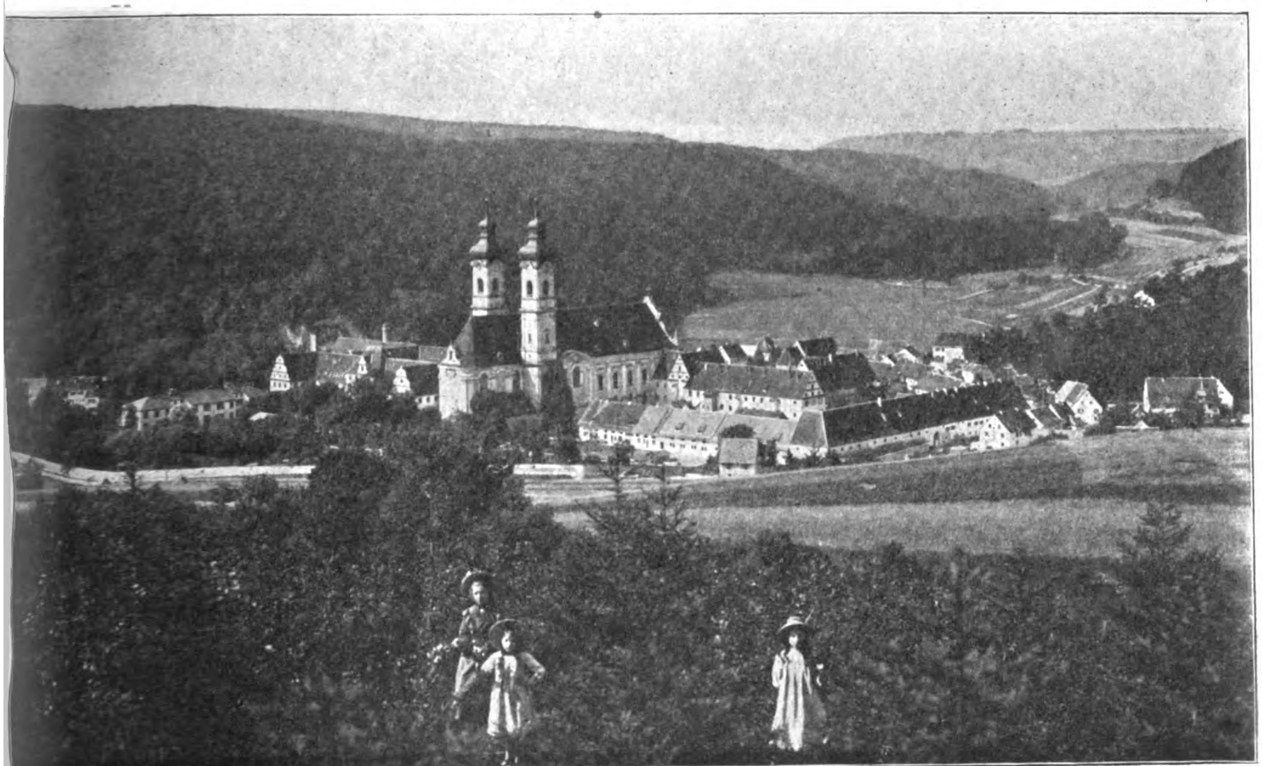
Am 24. Juni 1912 waren es 100 Jahre, daß die Kgl. Württembergische Heilanstalt Zwiefalten die ersten Kranken aufgenommen hat. Zwiefalten war die erste und über 20 Jahre lang die einzige Anstalt des Landes. Ihre Geschichte gibt zugleich ein Bild von dem Anfang und der Entwicklung der öffentlichen Irrenfürsorge Württembergs.

Herzog Karl von Württemberg verfügte am 25. Mai 1746, „daß für die im Lande hin und wieder zerstreute,

*) Die Ausführungen sind in der Hauptsache folgenden Abhandlungen entnommen:

Die Entwicklung der Irrenfürsorge im Königreich Württemberg von Medizinalrat Dr. Camerer, Mitglied des Königl. Württemb. Medizinalkollegiums, erschienen in Breslers Illustrationswerk: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild. II. Band.

Die Geschichte der Königl. Württemb. Heilanstalt Zwiefalten 1812 bis 1912, zusammengestellt von Medizinalrat Dr. Camerer und Medizinalrat Dr. Krimmel, Direktor der Anstalt Zwiefalten, und die Königl. Heilanstalt Zwiefalten in der vom Königl. statistischen Landesamt herausgegebenen Beschreibung des Württemb. Oberamtes Münsingen.



Kgl. Heilanstalt Zwiefalten. Ansicht aus Nordosten.

auf Kosten einzelner Privaten und milder Stiftungen verpflegte blödsinnige, hauptsächlich aber tolle Personen, ein eigenes Institut errichtet und dasselbe mit den bereits bestehenden Anstalten des Zucht- und Arbeitshauses zu Ludwigsburg kombiniert werden sollte.“ Die Ausführung wurde so beschleunigt, daß das zunächst für elf Kranke berechnete „Tollhaus“ schon im Jahre 1749 bezogen werden konnte. Für den Anschluß des Tollhauses an das Zucht- und Arbeitshaus war maßgebend, die Kranken so am sichersten und billigsten zu verwahren und zu verpflegen. Die für die Behandlung der Kranken von seiten der sogenannten Tollhausdeputation aufgestellten Grundsätze, Betonung einer individualisierenden, somatischen und psychischen, humanen Behandlung, Berücksichtigung der Arbeit als therapeutisches Mittel u. a. zeugen von einem Verständnis und einer Auffassung der Geisteskrankheiten, die für die damalige Zeit alle Anerkennung verdienen. Die Anstalt erwies sich jedoch bald als unzulänglich. Schon im Jahre 1788 wurde ein für fünfzig Kranke und fünf Wärter berechneter Neubau in Angriff genommen und 1794 vollendet. Allein auch das neue Tollhaus genügte den Anforderungen der Irrenversorgung bald nicht mehr. So erließ König Friedrich I. von Württemberg im Mai 1811 eine Verordnung, nach der das Irrenhaus in die Räume der ehemaligen Benediktinerabtei Zwiefalten, die im Jahre 1802 an Württemberg gekommen und 1803 aufgehoben worden war, verlegt werden sollte.

In einem der anmutigsten Täler des Südabhanges der schwäbischen Alp gelegen, eine Stunde von der nunmehrigen Bahnstation Zwiefaltendorf der Linie Ulm-Sigmaringen entfernt, rings von hohen, zum Teil bis zur Talsohle herab bewaldeten Bergen umgeben, erwies sich das Kloster Zwiefalten mit seinen hohen geräumigen Gelassen wie geschaffen für die Aufnahme der Geisteskranken. Fern von größeren Städten, in idyllischer Einsamkeit, umflossen von der forellenreichen Aach, erschien der Platz wie kaum ein zweiter geeignet, die kranke Psyche zu heilen und den Geisteskranken durch die hier herrschende Ruhe, den stillen Zauber und die reizende Anmut der Umgebung das verlorene seelische Gleichgewicht wieder zu verschaffen. Größere Umbauten waren nicht vorzunehmen, da entsprechend den Anschauungen der damaligen Zeit die Geisteskranken ausschließlich in Einzelzimmern behandelt wurden und diese in den früheren Klosterzellen in genügender Anzahl zur Verfügung standen. Auch für die ökonomischen Räum-

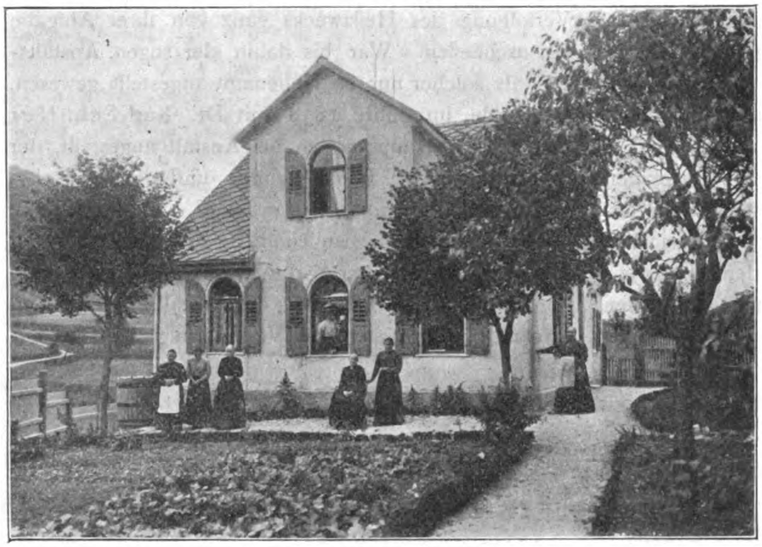


Anstalt nach einem Aquarell aus dem Jahre 1864.

lichkeiten und für die Wohnungen der Anstaltsbeamten boten die Räume des Klosters noch genügend Platz. So wurden denn schon im Jahre 1812 die 46 geisteskranken Insassen des Tollhauses von Ludwigsburg nach Zwiefalten überführt und damit die erste Heil- und Pflegeanstalt des Landes eröffnet. Zwiefalten sollte nämlich nicht nur ein Verwahrungsort für unheilbare Geisteskranke sein, sondern wie ausdrücklich ausgesprochen wurde, vor allem auch dem Heilzweck dienen. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze belief sich auf 70 bis 80. Bald genug zeigte sich, daß diese kaum ausreichten und daß insbesondere, wenn dem Heilzweck mehr Rechnung getragen werden sollte, eine Vermehrung der den Kranken zur Verfügung stehenden Räume, insbesondere auch die Einrichtung gemeinsamer Schlaf- und Aufenthaltsräume unumgänglich notwendig war. Das Ergebnis der angestellten Erhebungen ließ es jedoch als das Bessere erscheinen, eine von Zwiefalten getrennte besondere Heilanstalt zu errichten, während in Zwiefalten zwar auch die notwendigen Verbesserungen ausgeführt wurden, im übrigen aber die Anstalt weiterhin unter der Bezeichnung „Pflegeanstalt" hauptsächlich als Verwahrungsanstalt für unheilbare Geisteskranke dienen sollte, ohne jedoch die Verfolgung des Heilzwecks ganz von ihrer Aufgabe auszuschließen. War bis dahin der sogen. Anstaltsarzt als solcher nur im Nebenamt angestellt gewesen, so wurde im Jahre 1838 mit Dr. Karl Schäffer ein Arzt im Hauptamt an der Anstalt angestellt, der in der damaligen Irrenheilkunde und dem Anstaltswesen wohl bewandert im Laufe der Jahre eine größere Zahl von baulichen und organisatorischen Änderungen durchführte, durch welche nicht nur eine durchgreifende Verbesserung der Anstaltseinrichtungen erreicht, sondern auch eine Vermehrung der Krankenplätze herbeigeführt wurde. Während im Juni 1835 nur 71 Pfleglinge (48 männliche und 23 weibliche) in der Anstalt untergebracht waren, stieg die Zahl der in der Anstalt untergebrachten Kranken in den Jahren 1838 bis 1852 auf durchschnittlich 150 pro Jahr und in den Jahren 1853 bis 1865 auf durchschnittlich 165 bis 170, wovon 117 bis 120 dem männlichen und 48 bis 50 dem weiblichen Geschlecht angehörten. In der ersten Hälfte der siebziger Jahre wurde durch Hinausverlegung der Wohnungen des Direktors und des Ökonomieverwalters aus dem eigentlichen Klostergebäude und dadurch, daß man auch alle ökonomischen Betriebe hinausverlegte, weiterer Raum für Kranke geschaffen, so daß die Zahl der



Männerkolonie Loreto.



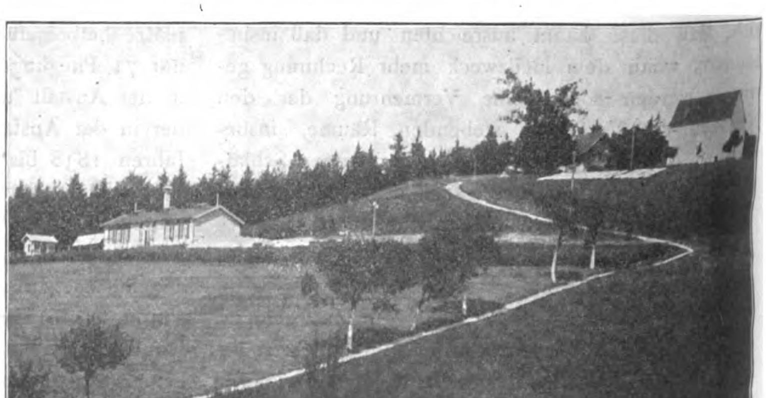
Frauenkolonie.

und 254 Frauen; davon befanden sich 14 in der Lungenheilstätte, 15 in den beiden Kolonien und 6 in Familienpflege. Die letzten eingreifenden baulichen Veränderungen wurden gegen Ende des vorigen Jahrhunderts behufs Ein- und Durchführung der neuesten Behandlungsarten vorgenommen.

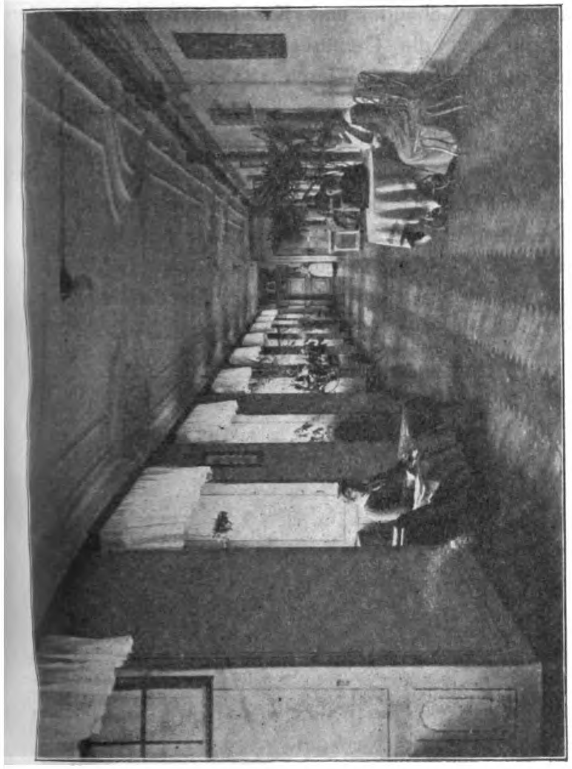
Im Jahre 1899 hat Zwiefalten, wie die übrigen Staatsirrenanstalten, die Bezeichnung „Kgl. Heil- und Pflegeanstalt", 1903 anläßlich der Eröffnung der fünften Staatsirrenanstalt, Weinsberg, die Bezeichnung „Kgl. Heilanstalt" erhalten. Im Jahre 1905 wurde jeder Anstalt ein bestimmter Aufnahmebezirk zugewiesen, aus dem sie die Geisteskranken ohne Rücksicht auf die Genesungsaussichten aufzunehmen hat. Die Anstalt Zwiefalten erhielt als Aufnahmebezirk 16 Oberamtsbezirke. Die Zahl der Aufnahmen betrug in den Jahren 1906 bis 1910 durchschnittlich jährlich 102 Kranke, der Abgang 96 Kranke, wovon durch Tod 23 Kranke. Die Mortalität im Durchschnitt der letzten zehn Jahre beträgt 4 % der Gesamtverpflegten.

So ist aus dem ehemaligen Verwahrungshaus für gemeingefährliche Irre in langsamer aber stetig fortschreitender Entwicklung ein wohlausgestattetes Krankenhaus geworden, aus dem alle Zwangsmittel längst verbannt sind. Aus kleinen Anfängen ist die Anstalt zu der größten Irrenanstalt des Landes herangewachsen. Die Zahl der Kranken stieg von 46 bei der Eröffnung auf 585 am 1. April 1912. Die Zahl der Angestellten von 9 auf 145. Viele Schwierigkeiten waren zu überwinden, sie vermochten die

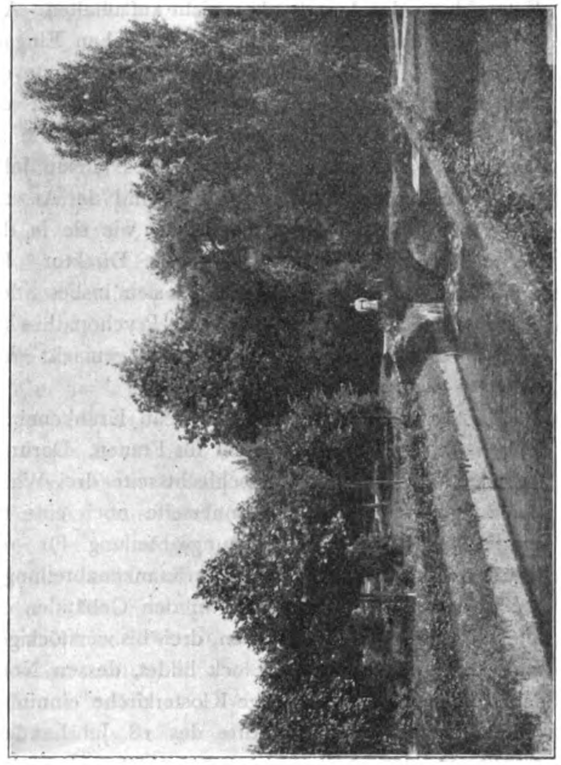
Krankenplätze sich in dieser Zeit bis auf 300 erhöhte. Weitere Zunahme erfolgte, als in den Jahren 1877 bis 1879 ein besonderes Verwaltungsgebäude und der sogen. Zellenbau errichtet wurden. Die wesentlichste Steigerung der Krankenzahl wurde jedoch erst erreicht durch den Einbau der großen Dachstockräume zu Krankenräumen in den Jahren 1881/1882 und 1888/1889. Die Krankenzahl erreichte damals eine Höhe von über 560 Pfleglingen. Da jedoch eine so große Zahl von Kranken trotz der Erweiterungsbauten nur mit Überfüllung aller Räume untergebracht werden konnte, woraus sich naturgemäß Mißstände aller Art ergaben, so wurde in den Jahren 1895 und 1896 durch Entlassung aller nicht unbedingt anstaltsbedürftigen Kranken eine nicht unwesentliche Verminderung der Zahl der Kranken durchgeführt. Die Zahl hat sich seither wieder erhöht, nachdem durch Umbauten auf einzelnen Abteilungen neue Plätze gewonnen wurden, eine landwirtschaftliche Kolonie für männliche Kranke auf Loreto und eine solche für weibliche Kranke in dem benachbarten Ort Gossenzugen mit elf bezw. sieben Plätzen eingerichtet, sowie auf Loreto auch eine Baracke zur Unterbringung von lungenkranken Pfleglingen mit 16 Plätzen aufgestellt worden ist, so daß die Belegziffer zurzeit 554 beträgt. Der Krankenstand betrug am 1. Januar 1912 575 Kranke, 321 Männer



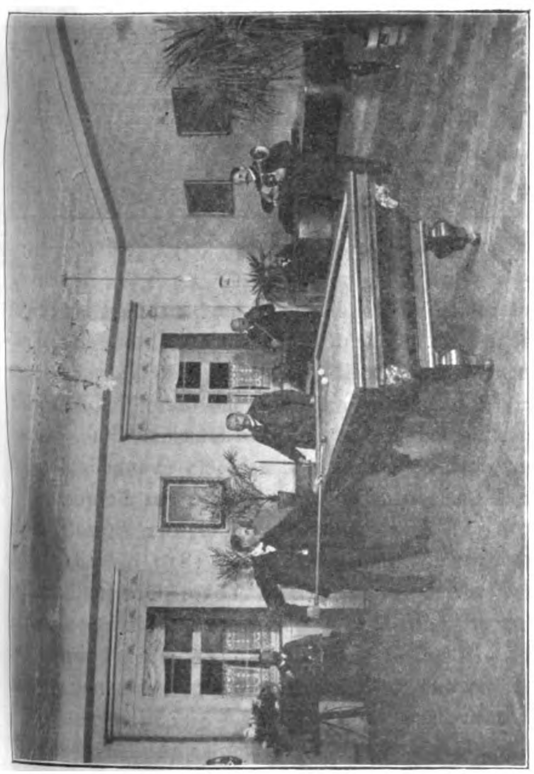
Lungenheilstätte.



Krankenabteilung.



Partie aus den Krankengärten.



Spielzimmer.



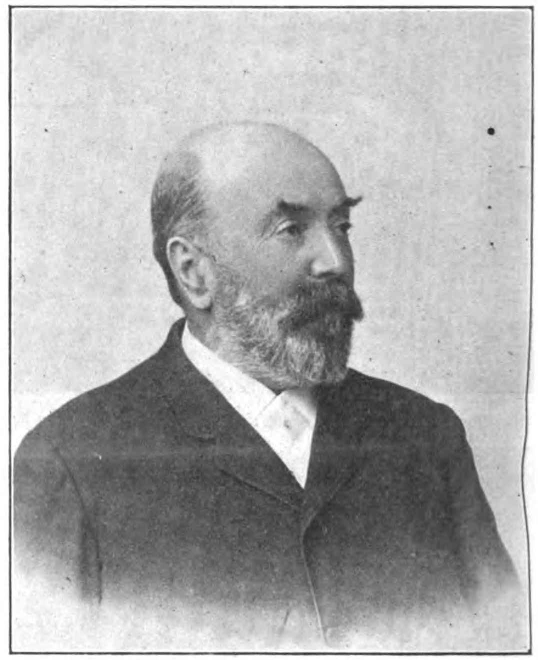
Partie aus den Krankengärten.

Entwicklung der Anstalt aber nicht aufzuhalten. Alle Errungenschaften der Irrenheilkunde haben Eingang gefunden. Manches haben die leitenden Ärzte der Anstalt angestrebt, was erst später Gemeingut der Irrenheilkunde geworden ist. Höhepunkte, wie sie Direktor Schäffer in der Mitte des letzten Jahrhunderts mit seiner Arbeitstherapie und der Anwendung freier Behandlung erreicht hat, wie sie in den wissenschaftlichen Leistungen von Direktor Dr. J. L. A. Koch sich darstellen, der sich insbesondere durch seine Monographie über „die Psychopathischen Minderwertigkeiten" einen Namen gemacht hat, mahnen uns zur Bescheidenheit.

Zurzeit umfaßt die Anstalt neun Krankenabteilungen für Männer und sieben für Frauen. Darunter befinden sich auf jeder Geschlechtsseite drei Wachabteilungen und auf der Männerseite noch eine besonders verwahrte Überwachungsabteilung für verbrecherische Geisteskranke. Die Krankenabteilungen befinden sich in der Mehrzahl in den Gebäuden des alten Klosters, das einen großen, drei- bis vierstöckigen, annähernd quadratischen Block bildet, dessen Nordseite die gewaltige ehemalige Klosterkirche einnimmt, ein mächtiger Bau, der Mitte des 18. Jahrhunderts erbaut, in der Anlage hochentwickelten Barockstil aufweist und dessen Innenausstattung in reichstem Rokoko ausgeführt ist. Von den insgesamt 554 Krankenplätzen entfallen 520 auf die geschlossene Anstalt — 280 für Männer und 240 für Frauen — 11 auf die Männerkolonie, 16 auf die Lungenheilstätte und 7 auf die Frauenkolonie; dazu kommen noch eine Anzahl Familienpflegestellen. Zahlreiche zum Teil parkartige Gärten umgeben die Anstaltsgebäude. Die Anstalt verfügt ferner über eigene Quellwasserleitung mit Hochdruckreservoir, Zentralheizung verbunden mit Entlüftungseinrichtungen, elektrische Beleuchtungsanlage, zahlreiche Badeeinrichtungen, durch das ganze Haus führende Kalt- und Warmwasserleitung und größtmöglichste Sicherheit gewährende Feuerlöscheinrichtungen. Außerdem ist die Anstalt mit einer reichhaltigen Bibliothek und allen erforderlichen ärztlichen Hilfsmitteln ausgestattet. Eine Reihe von Werkstätten ermöglicht ersprießliche Anwendung der Arbeitstherapie. Kranken, die eine handwerksmäßige Beschäftigung nicht auszuüben vermögen, bietet der landwirtschaftliche Betrieb, Gemüsebau und Blumenzucht Gelegenheit zu gesunder und anregender Betätigung.

Das Gebiet der Anstalt umfaßt einschließlich der beiden Kolonien 37 ha 71 a 69 qm. Hiervon entfallen auf Gebäude und Krankengärten 4 ha 70 a 62 qm, auf die Gemüsegärten 4 ha 93 a 60 qm und auf Äcker und Wiesen 28 ha 7 a 47 qm.

Außer dem Direktor wirken an der Anstalt noch 141 Angestellte: zwei Oberärzte, drei Assistenzärzte, ein Ökonomieverwalter, ein Buchhalter, zwei Kanzleigehilfen, ein Hausmeister, drei Oberwärter, zwei Oberwärterinnen, 49 Krankenwärter, 40 Krankenwärterinnen, ein Gärtner, ein Gärtnergehilfe, ein Hausdiener, zwei Kutscher, zwei Stallschweizer, ein Schweinewart, zwei Torwarte, ein Maschinist, ein



Direktor Dr. J. L. A. Koch.

Untermaschinist, drei Heizer, ein Schreiner, ein Schuhmacher, ein Schneider, ein Nachtwächter, eine Weißzeugverwalterin, drei Nähterinnen, sechs Waschmädchen, eine Oberköchin, eine Beiköchin, eine Kolonieköchin, fünf Küchenmädchen und ein Hausmädchen. Außerdem sind im Nebenamt tätig ein evangelischer und ein katholischer Geistlicher, sowie ein Lehrer.

Als leitende Ärzte waren in der Anstalt tätig: Dr. Narziß Ulrich Schreiber 1812 bis 1817; Dr. Andreas Elser 1817 bis 1839; Obermedizinalrat Dr. von Schäffer 1838 bis 1874; Medizinalrat Dr. J. L. A. Koch 1874 bis 1897; Sanitätsrat Dr. O. Binder 1898 bis 1901; Medizinalrat Dr. Krimmel seit 1904.

„Der Zwiesinn“.

Einige Bemerkungen zu Breslers gleichnamigem Aufsatze in Nr. 3 und 4 (1912) dieser Wochenschrift.

Von *Erwin Stransky*, Wien.

Unter obigem Titel bringt Bresler — er schlägt an Stelle des von Bleuler geschaffenen und wie ich glauben möchte, glücklich gewählten Ausdruckes „Schizophrenie“ das deutsche Wort „Zwiesinn“ vor (ein als solches durchaus zu begrüßendes Verdeutschungsbestreben, nur scheint mir das Wort der Eigenart der psychischen Spaltung bei der Dementia praecox früherer Nomenklatur nicht restlos gerecht zu werden) — einen Aufsatz über das vorliegende Thema, dessen meritorischen Inhalt zwar vor allem eine in begeistertes Lob ausklingende kritische Besprechung von Bleulers großer Monographie darstellt, der aber doch an einleitender Stelle auch eine Art historischen Überblickes über die neuere Entwicklung der Schizophrenielehre enthält.

Nach Bresler ist es danach vor allem Bleulers Verdienst, die Erkenntnis, daß nicht die Verblödung die Hauptsache bei der sogen. Dementia praecox sei, um ein gutes Stück weitergebracht und auch herausgebracht zu haben, daß das Wesentlichste im Krankheitsbilde die Spaltung der verschiedenen seelischen Tätigkeiten sei.

Nun wird gewiß kein Mensch bestreiten wollen — ich darf getrost sagen, daß ich der letzte sei, der dies täte, der nicht stets freudig anerkannt hätte, was er, was wir anderen den Ergebnissen Bleulerscher Forschung und der seiner Schule an fruchtbaren Anregungen verdanken, — daß seit Kahlbaum und Kraepelin die dritte Hauptetappe im Entwicklungsgange der Dem. praecox-Lehre vor allem durch Bleuler markiert wird; vor kurzem erst habe ich in einem Referat über das nämliche Thema (siehe meinen Aufsatz im VIII. Bande der Zeitschrift für die ges. Neurol. u. Psychiatrie) festgestellt, was wir gerade hier Bleuler schulden. Allein, wie das nun schon einmal geht, Ideen haben meist ihre Vorläufer, und es verschlägt ihrer Bedeutung nichts, wenn man dieser Tatsache auch gerecht wird, sie nicht einfach übergeht. So ganz ist den namhaftesten früheren Autoren aus der Dementia praecox-Zeit der schizophrene Zug im Krankheitsbilde denn doch nicht entgangen (ich möchte außer älteren Klassikern und Kraepelin nur zwei significante Namen kurz anführen: Ziehen und Tuczek); und ich darf weiterhin darüber hinaus vielleicht sagen, daß ein ganz klein wenig, wenn auch natürlich nicht in ganz derselben Art (vor allem fehlt der psychoanalytische Einschlag, der aber doch mit der Spaltungslehre streng genommen noch nichts zu tun hat, auch nicht nach Bleulers Darstellung), durch eine Reihe von Arbeiten meinerseits den in der Darstellung Breslers fast allein Bleuler gutgeschriebenen Gedanken und Befunden präludiert worden ist. Mag dies auch in Bleulers Darstellung (der meiner Ergebnisse bloß da und dort nebenher und in Nebendingen Erwähnung tut und zudem fast immer nur in polemischem Tone, so daß der Leser natürlich unmöglich den Eindruck gewinnen kann, daß Bleuler gerade in manchen wesentlichen Momenten ganz oder doch beinahe mit dem übereinstimmt, was seinerzeit von mir ausgesprochen worden ist) kaum zum Ausdrucke gelangen, so sind doch sonst diese meine Beiträge in der Literatur nicht so ganz unbekannt geblieben; wie aber durch das Beispiel Breslers aufs neue dargetan wird, droht ihnen seit dem Erscheinen des Bleulerschen Gedankens die Gefahr völligen Vergessenwerdens. Und da mag es mir wohl verstattet sein, in eigener Sache das Wort zu ergreifen und — keine gerade beneidenswerte Aufgabe — an der Hand einiger weniger Zitate zu zeigen, daß doch schon seinerzeit durch die von mir zuerst im Jahre 1903 formulierte und späterhin noch weiter ausgebaute Lehre von der intrapsychischen Ataxie oder Inkoordination die ataktische Zerfahrenheit der Psyche — der schizophrenen Störung secundum Bleuler in vielen Stücken sehr ähnlich, wo nicht gar identisch damit — als ein sehr wesentlicher Grundzug der sogen. Dementia praecox gegenüber der Verblödung herauszuarbeiten versucht worden ist (ich bemerke hier gleich auch, daß mehrere Jahre nach mir Urstein den nämlichen Terminus verwendet hat, ohne meine Vorarbeiten entsprechend zu berücksichtigen!).

I. Aus meiner Arbeit „Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Dementia praecox)“, Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. 2?, Heft 1, S. 1 ff. (ex 1903): Nachdem ich darin zu zeigen versuchte, wie geordnetes seelisches Geschehen ein koordiniertes Zusammenklingen der beiden großen psychischen Sphären, der Gemütssphäre („Thymopsyche“, ziemlich nahe verwandt mit Bleulers „Affektivität) und der Verstandessphäre (Noopsyche) zur Vorbedingung hat, suche ich

darzutun, daß bei der Dem. praec. gerade diese Störung der intrapsychischen Koordination im Vordergrunde steht; siehe z. B. Seite 39: „Wir bekennen uns also zu der Annahme, daß es sich bei den im jugendlichen Alter auftretenden Verblödungsprozessen nicht um einen thymopsychischen Verblödungsprozeß schlechtweg handelt, sondern daß zunächst nur eine Störung in der Koordination zwischen Thymo- und Noopsyche vorhanden ist." — — „Nur dagegen möchte ich mich wenden, daß man die Kranken von Anfang an als affektlos, als „gemütlich verblödet" bezeichnet. Wir sind nicht berechtigt, Stimmungen und Affektlagen, weil sie dem jemaligen Vorstellungsinhalt nicht adäquat sind, als thymopsychisch unmotiviert anzusehen. Auf das Symptom der Inkongruenz zwischen noo- und thymopsychischen Inhalten sei hier das Hauptgewicht gelegt." Es folgt sodann der Versuch, eine Reihe Hauptsymptome der Krankheit aus der psychoataktischen Störung verständlich zu machen. So vor allem die auffällige Dissoziation zwischen Affektäußerungen und Vorstellungsinhalten nach Qualität und Intensität (a. a. O., Seite 74 ff.); weiter versuche ich zu zeigen, wie diese Dissoziation das Entstehen fehlerhafter Vorstellungsverbindungen bahnen kann (S. 77); daß in weiterer Folge überhaupt „das noopsychische Assoziationsgefüge als solches leidet" (S 78 ff.); wie darum gerade die Wahnideen oft unzusammenhängend, systemlos, unsinnig sind, kunterbunt durcheinandergehen (S. 79), etwas Inkonsequentes an sich haben in Durchbildung und Durchführung (S. 80); wie überhaupt die Zerfahrenheit zwischen Noo- und Thymopsyche Zerfahrenheit auch innerhalb der einzelnen psychischen Hauptsphären (die Begriffe nicht etwa anatomisch verstanden, sondern funktionell!) im Gefolge haben müsse (S. 83). Ebenda (und außerdem S. 111 und 112) spreche ich auch ausdrücklich davon, daß die sogen. Suggestibilität der Kranken nur eine scheinbare sei, keineswegs vergleichbar mit dem, was sonst bei Hysterie und anderwärts erhöhte Suggestibilität genannt wird. Weiter wird auch die eigenartige psychomotorische Zerfahrenheit der Kranken aus der ataktischen Zerklüftung in ihrer Psyche abzuleiten versucht; wie auch die Eigenart ihres ganzen Benehmens, das Durcheinander von Klarheit, Ordnung und Verworrenheit, Unordnung, in Handeln und Rede (S. 83, 85, 88, 89, 95, 101, 105 ff.). Ich beschränke mich natürlich der Kürze halber hier auf das Hauptsächliche und ein paar kurze Hinweise, die dem sich Interessierenden eine leichte Orientierung ermöglichen.

II. In etwas gedrängter Form vertrete ich dieselben Anschauungen in einem 1904 im „Zentralblatt für Nervenkrankheiten und Psychiatrie" erschienenen Aufsatz („Zur Lehre von der Dementia praecox").

III. Ein Aufsatz ex 1904 im „Neurologischen Zentralblatt" („Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox") befaßt sich an der Hand ausführlicher Analyse eines Krankheitsfalles u. a. mit den asymbolie- und apraxieähnlichen Phänomenen im Handeln der Kranken, die wieder aus der ataktischen Zerklüftung verständlich zu machen versucht werden.

IV. Zwei weitere größere Aufsätze (Wiener medizinische Presse, 1905 und Löwenfeld-Kurellasche Sammlung, LXVII., 1909) handeln über die Gesamtkrankheit unter eingehender Rücksichtnahme auf die Phänomene der intrapsychischen Ataxie.

V. Eine monographische Studie ex 1905 („Über Sprachverwirrtheit", Sammlung zwanglos. Abh. etc., C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.) handelt auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen besonders über das Formale der sprachlichen Störungen, wobei die bis dahin der Philologie, aber wohl nicht der Klinik geläufigen Kontaminationsgesetze zum ersten Male in ihrer Wirksamkeit bei der Dementia praecox aufgezeigt werden; weiter wird das Denken und sprachliche Assoziieren der Kranken mit jenem Unaufmerksamer und Zerstreuter in experimentell angegangene Parallele gebracht.

Man wird sich also, sieht man nur diese von mir hier angeführten Arbeiten und Abhandlungen durch, sehr leicht überzeugen können, daß nicht so ganz Weniges und nicht so ganz Nebensächliches von dem, was einen wesentlichen Teil der Bleulerschen Lehre ausmacht, von mir seit 1903 mehr oder weniger antezipiert erscheint; gewiß nicht in jener meisterhaften Durcharbeitung, wie eben bei Bleuler, gewiß auch nicht im Sinne der nämlichen Verstandpunktung wie bei Bleuler, der bekanntlich mit dem Namen der Schizophrenie zweierlei bezeichnet wissen will, eine unregelmäßigere Spaltung, die meiner intrapsychischen Ataxie nicht allzu ferne steht, und eine mehr systematische, zu deren Erklärung er sehr wesentlich psychoanalytische Lehren heranzieht; dies letztere macht ja dann allerdings einen fundamentalen Unterschied zwischen Bleuler und mir aus, wie ich an anderer Stelle (siehe mein eingangs zitiertes Referat) schon ausgeführt habe; ob freilich dieser letztere Teil der Bleulerschen Lehren nicht etwa auch von anderer Seite als nur von mir abgelehnt werden wird, bleibt abzuwarten; ich habe auf tiefergreifende

psychologische Erklärung der intrapsychischen Phänomene (Bleulers Erklärungen sind streng genommen Deutungen) verzichtet; wenn Bleuler meint, meine intrapsychiche Ataxie wolle etwas „erklären", tut er mir Unrecht; sie will nicht mehr erklären als seine Schizophrenie.

Es geschähe den überragenden Verdiensten Bleulers gewiß kein Abbruch, wenn er und mit ihm seine Anhänger seinen Vorläufern, zu denen ich mich nach den beigebrachten Legitimationen in gewissem Sinne wohl gleichfalls rechnen darf, doch auch ein wenig Gerechtigkeit widerfahren ließen und ihrer nicht bloß in aphoristischen Seitenpolemiken oder — überhaupt nicht gedächten!

Bemerkungen zu Vorstehendem.

Zu Herrn Privatdozenten Dr. Erwin Stransky's Ausführungen habe ich zunächst zu bemerken, daß mich die Anerkennung, welche er dem Werke Bleuler's*) zollt, recht freut; darf ich doch aus dieser Anerkennung entnehmen, daß die ausführliche Analyse des Bleuler'schen Werkes, die ich in dieser Zeitschrift veröffentlicht habe, nicht in einer Überschätzung seiner Bedeutung durch mich — und durch andere, die das Buch sehr günstig beurteilt haben — wurzelt. Ich stimme Herrn Dr. Stransky durchaus bei, „daß seit Kahlbaum und Kraepelin die dritte Hauptetappe im Entwicklungsgange der Dem. präcox-Lehre vor allem durch Bleuler markiert wird; . . . ." Seine Auffassung der Dementia präcox ist tatsächlich so weitgehend selbständig und originell, durch neue Begriffe so vorteilhaft bereichert, wie man es nach dem zurückhaltenden Tenor des Vorwortes nicht vermuten möchte. Auch berührt es angenehm, daß das Buch nicht, wie es bei solchen Monographien vorkommt, mit vielen Bogen von Krankengeschichten durchsetzt ist, und daß es, im Sommer 1908 abgeschlossen, im Spätsommer (oder Herbst?) 1911 erschienen, eine Zeit der Ausreifung durchgemacht hat, wie es heutzutage selten einem Buche zu teil wird. —

Wenn ich nun als Beispiel dafür angeführt werde, daß den Beiträgen des Herrn Dr. Stransky seit dem Erscheinen des Bleuler'schen Gedankens die Gefahr völligen Vergessenwerdens droht, so muß ich schon bitten, daß Herr Dr. Stransky sich in dieser Beziehung ausschließlich mit Herrn Prof. Bleuler auseinandersetzt, der ja allein für die Beantwortung der Frage zuständig ist, warum er die früheren Arbeiten des Herrn Dr. Stransky nicht wie gewünscht berücksichtigt hat. Aus Bleulers Werk, Fußnote Seite 297, entnehme ich allerdings, daß er die Bezeichnung „Thymopsyche" und „Noopsyche" ablehnt wegen des Nachteils, „daß sie Intellekt und Affektivität, die beiden Seiten eines einheitlichen psychischen Vorganges, zu sehr als selbständige Funktionen hinstellt." Darin wird die Mehrzahl Bleuler beipflichten.

Was endlich das Wort „Zwiesinn" anlangt, wovon Herr Dr. Stransky sagt, daß es der Eigenart der psychischen Spaltung der Dementia präcox nicht restlos gerecht zu werden scheint, so handelt es sich dabei selbstverständlich um eine Bezeichnung, ein Kennwort, nicht um einen restlosen Ausdruck für das ganze Krankheitsbild; für letzteren Zweck würden 12—15 Worte kaum ausreichen. Dr. Bresler.

*) Dementia präcox oder Gruppe der Schizophrenien. Von Prof. E. Bleuler. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1911. 420 Seiten.

Mitteilungen.

— Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.

I. Sitzung, 30. Mai. Vormittags 9 Uhr. Aula der Universität.

I. Referat: „Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein."

Hoche-Freiburg. Referent bespricht die Symptomenkomplexe in ihrem Verhältnis zu „Krankheitsformen" einerseits, zu „Elementar-Symptomen" andererseits, oder mit anderen Worten: den heutigen Stand unserer klassifikatorischen Bemühungen. In kurzem Abriß wird die Entwicklung des heutigen Standes der Klinik durchlaufen und das sicher Fundierte von dem schwankenden Besitzstand getrennt. Wenn abgezogen wird, was anatomisch einheitlich sich darstellt, was toxisch-ätiologisch zusammengehört, so bleibt als das schwierigste Kapitel das Gebiet der „funktionellen" Psychosen, ein Begriff, dessen Doppelsinn erörtert wird. Darunter verstanden soll werden: die nicht schicksalsmäßig mit Defekt endigenden Seelenstörungen. Dieses große Kapitel ist dauernd in stärkster Bewegung begriffen. Der Vortragende skizziert die quantitativen Schwankungen in der Einzelumgrenzung, die eine Zeitlang die Paranoia, dann die Dementia praecox, dann das manisch-depressive Irresein als häufigste Diagnose in den Vordergrund drängte. Daß diese Sammelkästen, die stellenweise mehr als die Hälfte aller Diagnosen umfassen, für wissenschaftliche und praktische Zwecke viel zu groß sind, wird im Ernste von niemand bestritten. Trotzdem unterhält der unverwüstliche Glaube an die Findbarkeit „reiner Krankheitsformen" das unausgesetzte Bemühen, durch Neugruppierungen und Umgruppierungen der Erscheinungen zum Ziele zu gelangen. Trotz zahlreicher objektiver und subjektiver Beschwichtigungsmomente ist doch die Zahl derer im Wachsen, die für das vorhin umgrenzte Gebiet nicht mehr an reine Krankheitsformen glauben und die sich darüber klar sind, daß wir fortgesetzt durch das Ignorieren störender Symptome und das Hineinsehen der fehlenden in die Krankheitszustände die theoretisch geforderten Symptomgruppierungen zusammenbekommen. Referent belegt diese Ausführungen mit Beispielen aus der Geschichte der Psychiatrie. Der Hauptvertreter des klassifizierenden

Optimismus ist heute Kraepelin, der unerschütterlich an seiner Forderung der Zerlegung in kleine und kleinste Gruppen und monographischen Bearbeitung derselben festhält.

Wenn bei unbefangener Prüfung zugegeben werden muß, daß die tatsächliche Erfahrung uns heute den Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen nicht zu nähren vermag, so wird andererseits auch eingesehen werden müssen, daß auch die theoretischen Voraussetzungen wenig geeignet sind, den Glauben an die Existenz solcher Formen zu stützen. Zweifellos stehen wir noch zu sehr im Bann oder unter der Nachwirkung der anatomischen Lokalisationslehren. Gewiß können wir eine Reihe psychischer Ausfallserscheinungen, die durch Leitungs-Unterbrechung erzeugt werden, insoweit lokalisieren, als wir vorhersagen können, wo eine Läsion zu finden sein wird; aber es ist bei dem heutigen Stand unseres Wissens im höchsten Maße unwahrscheinlich, daß Erscheinungen wie Gefühl, Stimmung Trieb, Wille usw. an irgendwelche umschriebenen Örtlichkeiten im Gehirn gebunden sein sollten. Wenn wir zu der Annahme kommen, daß bei diesen höheren psychischen Verrichtungen ein Zusammenwirken vielleicht sehr zahlreicher Hirngegenden notwendig ist, von denen jede einzelne eine Störung des Vorganges hervorrufen kann, so würde überhaupt die Möglichkeit einer Rückbeziehung komplizierter psychischer Vorgänge auf einzelne anatomische Veränderungen unsinnig sein. Wir wissen ja auch gar nicht, ob nicht auf denselben Bahnen oder in denselben Gehirnabschnitten, je nach der Form des Erregungsvorganges sehr verschiedene, von uns von innen als psychisch empfunde Vorgänge ablaufen können. Ist dieses alles so, dann ist die Anatomie überhaupt unbrauchbar, um als Abgrenzungsmoment psychischer Krankheitsformen zu dienen, und wir hätten hier den Punkt, an dem die häufig gesuchte Analogie zwischen innerer Medizin zum Beispiel und Psychiatrie in der Zurückbeziehung klinischer Symptome auf die materielle Grundlage versagt. Also: weder die klinische Erfahrung noch die theoretische Betrachtung führt zu der Annahme der Wahrscheinlichkeit reiner Krankheitsformen bei den funktionellen Psychosen. Die Gegenprobe wird von der Natur sehr häufig gemacht, indem gerade die Psychosen mit bekannten anatomischen Vorgängen mit bestimmtem Verlauf und Ausgang symptomatisch die regellosesten sind.

Der Vorgang, der scheinbar wohl fundierte Krankheitsbilder ihres einheitlichen Charakters entkleidet, ist bei den Grenzgebieten zwischen Neurologie und Psychiatrie schon längst im Gange, wie die Geschichte der Hypochondrie, der Neurasthenie und Hysterie zeigt. Übrig bleiben dabei gewisse Reaktionsformen des Individuums, über deren Kennzeichen im gegebenen Falle wir alle uns einig sind. Wir kennen schon unter den psychopathischen Persönlichkeiten eine ganze Reihe weiterer derartiger abnormer Reaktionsformen, die konstitutionelle Verstimmung, den mißtrauisch-paranoischen, den chronisch-manischen, den quärulierenden Charakter usw. Erscheinungen, die den dringenden Hinweis geben, daß bestimmte präformierte Symptomverkuppelungen in der normalen und in der krankhaft disponierten Psyche vorhanden sind. Auch in den ausgesprochenen Psychosen ist gerade die Wiederkehr bestimmter Symptomenkomplexe dasjenige, was uns die Sicherheit des Erkennens und des Handelns gibt, ohne daß es sich dabei um die Diagnose einer bestimmten reinen Krankheitsform handelte. Man hat den Eindruck, daß wie die Komponenten des epileptischen Anfalls parat liegen und durch bestimmte toxische oder andere Momente nicht erzeugt, sondern nur ausgelöst werden, in ähnlicher Weise Symptomverkuppelungen vorhanden sind, die durch gewisse Anstöße innerer oder äußerer Art mobil werden. Den reinsten Typus, den wir heute kennen, würde z. B. darstellen: die Verbindung von Depression, Minderwertigkeitsgefühlen, Darniederliegen des Willens; oder von gehobener Stimmung, erleichterter motorischer Auslösung, oder der katatonische Symptomenkomplex oder das gesetzmäßige Verhältnis zwischen Sinnestäuschungen und Wahnideen und vieles andere, was wir finden werden, wenn wir danach suchen. Möglicherweise werden die Psychosen sich eines Tages gruppieren in solche, die auf dem Wege toxischer oder grob anatomischer Beeinflussung neue Symptomgruppierungen in die Erscheinung rufen, und solche, die paratliegende nur auslösen. Zu den letzteren würden sicherlich die Fälle von Manie, Melancholie und von periodischem Irresein gehören. Diese Symptomverkuppelungen habe ich früher schon als Einheiten zweiter Ordnung den Elementar-Symptomen einerseits, den reinen Krankheitsformen andererseits gegenübergestellt. Ich halte eine Erörterung unserer Arbeitsmethoden in dieser Richtung für aussichtsvoller, als das immer wieder fruchtlose Suchen nach reinen Krankheitsformen. (Ausführliche Veröffentlichung in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.)

(Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Gudden, Prof. Dr. H., Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. (Aus der Kgl. psychiatrischen Poliklinik München.) Münchener Mediz. Wochenschrift, 1912, Nr. 2.

Adalin erweist sich nützlich bei chronischer Schlaflosigkeit infolge von Neurasthenie (auch sexueller), Hysterie, Herzneurosen, Angina pectoris, motorische Erregungen (Manie, Dementia praecox), sowie einfache, rein nervöse Agrypnie.

Die Darreichung refrakter Dosen von drei- bis viermal 0,25 bis 0,5 g, gleichmäßig auf den Tag verteilt, zeigt die kalmierende Wirkung des Adalins, z. B. bei Angstzuständen mit psychischer Depression und irritativen Herzneurosen am besten.

Zur Schlaferzielung im Verlaufe von nervösen Depressions- und Erschöpfungszuständen, Hysterie, Herzklappenfehlern, Arteriosklerose etc. ist gleich mit einer vollen, ausreichenden Dosis von 1 bis 1,5 g Adalin = zwei bis drei Tabletten einzusetzen, „weil sich dadurch die Dauer des Exzitationsstadiums, das bekanntlich bei zu klein gewählten Dosen fast aller

bekannten Hypnotika dem Eintritt des Schlafes voranzugehen pflegt, kürzen läßt bezw. eine Aufregungsperiode überhaupt nicht in Erscheinung tritt."

Klagen über gastrointestinale oder sonstige Nebenwirkungen wurden nicht geäußert.

Alle Patienten fühlten sich anderen Tags völlig frisch und erquickt, verspürten kein Müdigkeitsgefühl. Adalin wird aus dem Organismus rasch eliminiert, eine kumulierende Wirkung fehlt völlig. Gewöhnung an das Mittel scheint nicht einzutreten.

Adalin ist ein harmloses und doch sicher wirkendes Schlafmittel, „das man auch weniger sicheren Patienten getrost in die Hand geben kann."

Prof. Gudden kann „das Adalin als geradezu ideales Sedativum und Hypnotikum für die allgemeine Nervenpraxis empfehlen."

— Simonstein, Dr., prakt. Arzt in Berlin-Halensee, Versuche mit dem neuen Schlafmittel Aponal. Allg. Med. Zentral-Zeitung, 1912, Nr. 11.

Ein Schlafmittel, „das man eine ganze Zeitlang regelmäßig ohne Gefahr für den Patienten geben kann und das auch tatsächlich das gewünschte Resultat erzielt", ist das von der Firma Zimmer & Co., Frankfurt a. M., in den Handel gebrachte Aponal, (chemische Formel

$$NH_2 . CO—O—C \begin{matrix} CH_3 \\ CH_3 \\ C_2H_5 \end{matrix}),$$

der Ester des tertiären Amylalkohols, durch Einwirkung von Harnstoffchlorid auf Amylenhydrat hergestellt, farblose, schwach nach Kampfer riechende und schmeckende und bei 83 bis 86° schmelzende Kristalle bildend, leicht löslich in den meisten organischen Lösungsmitteln, schwer löslich in Wasser.

In 39 Fällen von Schlaflosigkeit aus verschiedensten Ursachen war mit Ausnahme eines Falles von Hysterie durch eine einmalige abendliche Gabe von 1 g Aponal ein ruhiger, erquickender ca. sechs- bis achtstündiger Schlaf erzielt worden. Die Patienten erwachten „frisch", „mit freiem Kopfe", so daß, „soweit es sich in der Versuchsreihe um erwerbsfähige Personen handelte (22 Fälle), dieselben sich für die Dauer des nächstfolgenden Tages nach ihren Angaben vollkommen arbeitsfähig fühlten und weder durch Kopfschmerzen, noch durch Schwere und Benommenheit des Kopfes in der Ausübung ihres Berufes behindert waren."

Niemals wurde über schlechten Geschmack des Mittels geklagt. Magen- und Darmreizungen, schädliche Nebenwirkungen auf das Herz, Reizung der Nieren kamen nicht vor.

Die Wirkung des Aponals ist stärker als diejenige des Amylenhydrats.

Aponal verdankt seine schlafmachende Wirkung außer dem Amylenhydrat noch einer zweiten Komponente, nämlich der Veresterung der Carbaminsäure.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Bromglidine

neues Brom-Pflanzeneiweiß-Präparat. Reizloses, von Nebenwirkungen freies Sedativum von höchster Wirksamkeit. Angenehmer Ersatz für Bromkali. Ermöglicht, lange Bromkuren durchzuführen, ohne daß Nebenwirkungen auftreten. Indic.: Nervenkrankheiten, besonders Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, nervöse Angstzustände, Neuralgie, Chorea, Kopfschmerzen, durch Neurasthenie hervorgerufene Schlaflosigkeit, leichte neurasthen. Erscheinungen wie Mattigkeit, Schwindel. Rp. Tabl. Bromglidin. Originalpackung. :: Dos.: mehrmals tägl. 1–2 Tabl. :: Jede Tablette enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes Br. :: Preis: 1 Originalröhrchen 25 Tabl. M. 2.-. Literatur u. Proben kostenfrei.

Chemische Fabr. Dr. Volkmar Klopfer, Dresden-Leubnitz.

Seelig's kand. Korn-Kaffee

ergibt bei einfachster Zubereitung ein gesundes Getränk von prachtvollem kaffeeähnlichem Wohlgeschmack.

Den Herren Anstaltsleitern stehen größere Muster zu Versuchszwecken jederzeit bereitwilligst kostenlos zur Verfügung.

Für Heilanstalten

Das Beste seiner Art

Emil Seelig A.-G., Heilbronn a. N.

Lindner & Co., Chemnitz

Fabrik medizinischer und steriler Verbandstoffe ∴ und pharmazeutischer Präparate. ∴

Verbandwatten, Polsterwatten, Zellstoffwatte, Holzwollwatten in allen Preislagen.

Bindenmulle in 40 m-Stücken oder gerollt.

Tupfermulle, Steifgazen, Cambrics, Nähutensilien und Drainagen. ✲ Bettstoffe, Eisbeutel, Fieberthermometer. Alle Pflaster und Salben.

Ausführliche illustrierte Liste gratis.

Stellengesuche.

An der **Provinzial-Heilanstalt** zu **Treptow a. Rega** ist eine

Assistenzarztstelle

ev. auch eine

Oberarztstelle

sogleich zu besetzen.

Anstellungs-Bedingungen a) für **Assistenzärzte:** 1800—3000 M. bei völlig fr. Stat., bei Bewährung nach drei Jahren Anstellung als Oberarzt.

b) für Oberärzte: 3600—7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Garten, Arznei.

Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden.

Meldung von Aerzten, die nicht vor 1. Juli 1909 approbiert sind, an die Anstaltsdirektion.

Eine alleinstehende 80 jährige, körperlich sehr rüstige Dame, die an manisch-depressivem Irresein leidet, soll nach vorübergehendem Anstaltsaufenthalte demnächst im eigenen Heim verpflegt und ärztlich überwacht werden. Dazu werden

1. **ein unverh. Psychiatrisch erfahrener Arzt,** und
2. eine in der Pflege derartiger Kranken **erfahrene vertrauensvolle Pflegerin** gesucht.

Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen, Zeugnissen und Lebenslauf werden an die Expedition d. Bl. unter **F. K. 2289** erbeten.

An der **Staatsirrenanstalt Friedrichsberg** in **Hamburg** ist infolge Errichtung neuer Stellen eine

Volontärarztstelle

zu besetzen. Jahresgehalt 1200 bis 1800 M. bei freier Station I. Klasse. Näheres bei der Direktion der Anstalt.

Der Direktor
Prof. Dr. **Weygandt.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 15. 13. Juli **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Über das Recht der Irrenanstaltsärzte, die Korrespondenz ihrer Kranken zu überwachen.

Von Dr. *von Ehrenwall*, Geh. Sanitätsrat zu Ahrweiler.

Wir Anstaltsärzte handeln stets nach dem Grundsatz, daß wir nur dann eine Anstalt leiten und die Verantwortung für unsere Schutzbefohlenen übernehmen können, wenn wir das Recht haben, die Korrespondenz derselben zu überwachen. Selbst die erbittertsten Gegner der Irrenärzte, soweit sie in der Zeitschrift „Irrenrechtsreform" zu Wort kommen, erkennen dieses Recht in folgenden Ausführungen an:

„Die Irrenrechtsreform" (Nr. 22/23):

„Die in der Öffentlichkeit schon so oft erörterte unbeschränkte Wahrung des Briefgeheimnisses hat ihre zwei Seiten. Das heutige Recht der Irrenärzte, die gesamte Briefkorrespondenz der Internierten zu überwachen und zu bestimmen, ob in der Anstalt geschriebene Briefe an den Adressaten befördert oder ankommende Briefe dem Patienten ausgehändigt werden sollen, beruht auf Ministerialverfügungen, zu deren Befolgung die Irrenärzte verpflichtet sind. Man verkennt die internen Irrenhausverhältnisse und ihre Bedeutung, wenn verlangt wird, daß jeder Anstaltsbrief ohne Anstaltszensur befördert werden muß. Das verbietet sich doch auf den Stationen für geisteskranke Verbrecher schon ganz von selbst. Hier ist eine sogar sehr strenge Briefzensur unbedingt notwendig im Interesse der Sicherheit der menschlichen Gesellschaft. Den Versuchen, solche verbrecherisch veranlagten Geisteskranken oder die sogenannten „wilden Männer", die Geisteskrankheit simulieren, zu befreien, würde tatsächlich Tür und Tor geöffnet sein, wenn die Irrenärzte selbst die Hand dazu bieten wollten, die schriftliche Anweisung zur Fluchtausführung zu befördern. Aus denselben selbstverständlichen Gründen ist die sehr genaue Prüfung der an solche Insassen adressierten Briefsendungen erforderlich. Der äußerlich harmlose Brief kann Chiffrier-Kunststückchen enthalten, die dem Insassen Verhaltungsmaßregeln zur Flucht geben.

Bei den übrigen Kranken, die nicht aus strafrechtlichen Gründen dem Irrenhause überwiesen sind, wiegt das Bedenken vor, daß die Außenwelt durch Briefe belästigt werden könnte. Nur der genaue Kenner der Verhältnisse kann sich die richtige Vorstellung davon machen, was von wirklich Geisteskranken zusammengeschrieben wird. Schon die Langeweile, die Verbitterung, die Weltabgeschiedenheit, treibt instinktiv zur Betätigung mit der Stahlfeder, zur schriftlichen Fixierung der Gedanken. Wollte man den Verkehr ungehindert freigeben, so würde er sofort maßlos anwachsen. Ganz abgesehen von der Sinn- und Zwecklosigkeit des Inhalts außerordentlich vieler Briefe steht aber auch fest, daß eine große Anzahl an sich verständiger Briefe durch falsche Darstellung der Verhältnisse eine starke Beunruhigung in die Kreise, für die sie bestimmt sind, hineintragen würde. Umgekehrt können Briefe von außen unter Umständen sicher ungünstig auf den Gesundheitszustand des Patienten einwirken, so daß auch hier eine gewisse Kontrolle durchaus am Platze erscheint. Unbedingt muß man aber verlangen, daß dem Patienten oder seinen Angehörigen und Freunden von der ablehnenden Briefzensur unter Angabe der Gründe Mitteilung gemacht wird."

So überzeugend diese Ausführungen sind, so fehlt doch dem Irrenarzt bis jetzt die absolut sichere ge-

setzliche Grundlage, die ihn schützt; im Gegenteil wird wohl stets auf eine Anzeige hin das Ermittlungsverfahren wegen Verletzung des Briefgeheimnisses gegen ihn eröffnet, wie es auch uns kürzlich passiert ist. Denn der § 299 des Strafgesetzbuches sagt:

§ 299.

„Wer einen verschlossenen Brief oder eine andere verschlossene Urkunde, die nicht zu seiner Kenntnisnahme bestimmt ist, vorsätzlich und unbefugter Weise eröffnet, wird mit Geldstrafe bis zu 300 Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Es fragt sich nun, welche Argumente der Anstaltsleiter den Behörden gegenüber vorbringen kann, zwecks Einstellung einer gegen ihn gerichteten Untersuchung. Wir haben uns gelegentlich eines gegen uns kürzlich seitens der Coblenzer Staatsanwaltschaft gerichteten Ermittlungsverfahrens an verschiedene Professoren der Psychiatrie und an Juristen um gutachtliche Äußerungen über die fragliche Materie gewandt, und es sei mir gestattet, deren Ansichten kurz zusammenzustellen. Voranschicken möchte ich die Äußerung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 23. Dezember 1895 zu der beregten Angelegenheit.

Die Verfügung lautet:

Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten an die Oberpräsidenten vom 23. Dezember 1895, M. 11758.

„In der Ew. Exzellenz durch die Verfügung vom 20. September d. Js. — M. 8234 I. — übersandten Anweisung über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privatanstalten etc. ist die Ordnung des schriftlichen Verkehrs dieser Kranken nicht ausdrücklich berücksichtigt worden.

Die Verhältnisse der einzelnen Kranken sind zu verschieden, als daß eine für alle Fälle zutreffende Bestimmung über das zu gewährende Maß des brieflichen Verkehrs sich empfehlen würde.

Es muß vielmehr erwartet werden, daß eine Beschränkung des letzteren nur insoweit stattfinde, als unverständlicher, anstößiger oder den Interessen des Kranken widersprechender Inhalt oder eine mit der Ordnung der Krankenanstalt unvereinbare Häufung und Ausdehnung derartiger Schreibtätigkeit dies erforderlich macht.

Insbesondere sind die brieflichen Mitteilungen an den gesetzlichen Vertreter der Kranken, an die nächsten Angehörigen, bei Entmündigten außerdem an die zuständigen Gerichtsbehörden, eventuell einen Rechtsanwalt, soweit irgend angängig, zu befördern.

Inwieweit dabei in einzelnen Fällen die Schriftstücke der Kranken nur mit einem erläuternden Zusatze den genannten Stellen übersandt werden können, muß dem pflichtmäßigen Ermessen des leitenden Arztes überlassen bleiben. Ew. Exzellenz ersuche ich ganz ergebenst, gefälligst die Vorstände der in Frage kommenden Anstalten auf Beachtung dieser Grundsätze in geeigneter Weise hinweisen zu lassen."

Aus dieser Anweisung geht hervor, daß der Anstaltsleiter unter gewissen Umständen berechtigt ist, die Korrespondenz der Geisteskranken zu beschränken. Er ist dazu aber nur in der Lage, wenn er die von den Kranken meist verschlossenen Briefe auch öffnet. Somit schließt die Anordnung der weisen Beschränkung die Erlaubnis zum Öffnen implicite in sich.

Prof. Schultze in Greifswald äußert sich in seinen Beiträgen zum „Handbuch der Psychiatrie" wie folgt:

„Der Schutz der persönlichen Freiheit als des obersten Gutes ist von der größten Bedeutung; aber daneben gibt es noch andere Rechtsgüter und besondere Persönlichkeitsrechte, die für den Anstaltsinsassen von Bedeutung sind. Auch bei deren Wahrung gilt als erster Grundsatz, daß die besten Vorschriften, die den Juristen strengster Observanz befriedigen mögen, ihren Zweck verfehlen, wenn ihre Handhabung dem Kranken schadet.

So würde der Zweck der Anstaltsverwahrung völlig verkannt durch eine Bestimmung, die vorschriebe, alle an den Kranken gerichteten Briefe müßten ihm übergeben, alle von ihm geschriebenen an ihre Adresse befördert werden, und ich halte es dabei für nebensächlich, ob dem Arzt unter diesen Umständen das Recht gegeben oder bestritten würde, von den ein- und ausgehenden Briefen Kenntnis zu nehmen. Meines Erachtens muß man den Anstaltsärzten das Recht geben, die für den Kranken bestimmten Briefe zu öffnen und dem Kranken vorzuenthalten, wenn er berechtigten Grund hat anzunehmen, ihre Kenntnisnahme werde dem Kranken nachteilig sein. Ja, das Hanseatische Oberlandesgericht — 25. Januar 1884 — hat sogar dem Anstaltsarzt die Befugnis zugebilligt, dem Kranken die ihm vom Gerichte zur Einsichtnahme übersandten Akten vorzuenthalten und damit die Führung des Prozesses betreffend Aufhebung der Entmündigung zu hindern. Natürlich wird, wie das Gericht ausführt, der gewissenhafte ärztliche Leiter verpflichtet sein, jeden einzelnen Fall auf das sorgfältigste zu

prüfen und das Verhältnis der in Frage kommenden Schädigung der rechtlichen Interessen des Kranken zu den seiner Gesundheit drohenden Nachteilen abzuwägen. Jedenfalls kann danach die Eröffnung fremder Briefe nicht als Verletzung des Briefgeheimnisses angesehen werden. Der Anstaltsleiter handelt nicht vorsätzlich, da er mit Rücksicht auf die besondere Sachlage annehmen kann, daß ihm das Recht zur Eröffnung des Briefes zusteht. Einer besonderen gesetzlichen Bestimmung, die den Anstaltsärzten ausdrücklich dieses Recht gibt, bedarf es nicht nach der Ansicht vieler Juristen, wenngleich sie als Ausnahme von dem verfassungsmäßig zugesicherten Rechte mir notwendig erscheint. Freilich würde ich es immer für richtig halten, den Absender zu benachrichtigen, daß und warum sein Brief dem Kranken nicht übergeben worden ist."

In ähnlicher Weise drückt sich Prof. Aschaffenburg aus, indem er schreibt:

„Was die Briefsache betrifft, so habe ich darüber irgend etwas Bestimmtes nicht finden können. Es kann wohl kein Zweifel bestehen, daß man Ihnen keinesfalls etwas anhaben kann, denn die Verletzung des Briefgeheimnisses ist nur strafbar, wenn sie unbefugt geschieht. Die Befugnis liegt aber in Ihrem Fall in der Notwendigkeit der Fürsorge für die Kranken und in der in dessen Interesse notwendigen Kontrolle. Es könnten doch in diesem Brief Morphiumpulver, Geldmittel oder dergleichen enthalten sein. Richtig ist die Sache so, daß die Befugnis, im Falle es sich um einen Entmündigten handelt, durch den § 1626 BGB. gegeben ist, in anderen Fällen durch den § 677, die sogenannte Geschäftsführung ohne Auftrag. In der Stellung des Arztes, seiner Fürsorge anvertrauten Kranken gegenüber, liegt zweifellos eine derartige auftraglose Geschäftsführung.

Bemerkenswert ist auch noch, daß zum Antrag auf Strafverfolgung nicht etwa der Absender, sondern von dem Augenblicke an, wo der Brief in Ihre Anstalt und damit an Sie gelangt ist, nur der Empfänger, und falls derselbe geschäftsunfähig ist, dessen Vormund oder sonstiger Vertreter in Frage kommt."

Herr Kollege Weiler schreibt uns über die Unterbindung des Briefverkehrs Geisteskranker wie folgt auf Grund seiner Erfahrungen:

„Über einen der ärztlichen Kontrolle nicht zugänglichen Briefverkehr von Kranken und Anwälten im Entmündigungsverfahren oder bei vorläufiger Vormundschaft gibt es vermutlich keine Bestimmungen. Da bei meinem Streite mit Ehrenfried bis zum Kammergericht entschieden worden ist, daß im Entmündigungsverfahren ein Anwalt keinen Zutritt zu einem Geisteskranken durch Gerichtsbeschlüsse oder dergleichen erzwingen kann, und da die Geldstrafe, welche mir zuerst auferlegt worden war, weil ich geschlossene Briefe Ehrenfrieds an den Kranken nicht übergab, aufgehoben worden ist, so folgt daraus, daß die dortigen Anwälte keinen Anspruch auf einen unbeschränkten Briefverkehr haben. Nach § 653 der ZPO. (Sydow-Busch, 13. Auflage) ist dem zu Entmündigenden Gelegenheit zur Bezeichnung von Beweismitteln zu geben, und der zu Entmündigende kann nach § 649 Abschnitt 2, wiewohl er nicht Partei im technischen Sinne ist, auch einen Anwalt als seinen Beistand zuziehen. Dieser Anwalt kann auf dem Vormundschaftsgerichte Einsicht in die Akten nehmen, Beweismaterial zugunsten seines Klienten herbeischaffen. Es gibt aber kein Gesetz, daß er gegen den Willen des Anstaltsleiters Zutritt zu dem Kranken erzwingen oder eine geheime Korrespondenz mit ihm führen kann. § 90 der ZPO. heißt: Insoweit eine Vertretung durch Anwälte nicht geboten ist, kann eine Partei mit jeder prozeßfähigen Person als Beistand erscheinen. Hätte also ein Anwalt als Beistand das Recht des ungehinderten Briefverkehrs, so müßte jede beliebige Person das gleiche Recht haben, weil — solange ein Entmündigungsverfahren schwebt — kein Anwaltszwang besteht. Selbstverständlich wird die Situation eine andere, wenn der Kranke entmündigt worden ist; dann ist er prozeßfähig und kann einen Anwalt als Beistand verlangen."

Ergänzen wir diese Ansichten der Ärzte durch die juristischen Gutachten.

Unser Vereinsjustitiar, den wir seit dem vorigen Jahre engagiert haben, äußert sich zu der in Rede stehenden Frage in folgender eingehenden Weise:

„1. Ein Recht auf Einsichtnahme der Korrespondenz der Kranken besteht zum mindesten für Direktoren von Privat-Anstalten unmittelbar von Gesetzes wegen zweifellos nicht. Wir haben bekanntlich keine kodifizierte Irren-Gesetzgebung, die Materie ist lediglich durch Ministerial-Verordnungen geregelt, die das reichsgesetzlich gewährleistete Briefgeheimnis, selbst wenn sie es versuchten, nicht aufheben könnten.

2. Ein Recht auf Korrespondenzeinsicht kann deshalb dem Leiter einer Privatanstalt nur zustehen, wenn es ihm, sei es durch generelle Regelung, sei es für den Einzelfall, vertragsmäßig eingeräumt wird. Das erstere wäre etwa in der Weise denkbar, daß eine Anstalt unter ihre Aufnahme-Bedingungen neben

Bestimmungen über Preis u. dgl. auch die aufnähme, daß die eingehende wie auch die ausgehende Korrespondenz eröffnet und gelesen wird. Wer in eine Anstalt in Kenntnis ihrer allgemeinen Aufnahme-Bedingungen eintritt, ist an sie vertragsmäßig gebunden. Wo die allgemeinen Bedingungen eine derartige Klausel nicht enthalten, muß die Ermächtigung zur Korrespondenzeinsicht ausdrücklich erteilt werden. Wer sie zu erteilen hat, hängt davon ab, ob der Kranke unter Pflegschaft gestellt, oder unter vorläufige Vormundschaft gestellt oder entmündigt ist; der unter Pflegschaft gestellte Kranke kann die Ermächtigung selbst erteilen, es kann sie aber auch sein Pfleger für sie erteilen. Bei einem unter vorläufige Vormundschaft gestellten und bei einem entmündigten Kranken ist unzweifelhaft der Vormund zur Erteilung der Ermächtigung berufen. Auch eine vorläufige Vormundschaft beraubt, solange sie dauert, das Mündel seiner vollen Geschäftsfähigkeit und setzt den Vormund an seine Stelle."

Weiter sagt der Professor der Rechte an der Universität Berlin, Kohler, in seinem Buche: „Das Recht an Briefen" das folgende:

„In gleicher Weise wird man auch eine Briefkontrolle des Vorstandes einer Irrenanstalt statuieren müssen, sofern es sich um eine wirkliche Irrenanstalt, nicht um eine bloße Nervenpflege handelt."

Andere Rechtsanwälte vertreten die Ansicht, daß die Briefe des Kranken seitens der Anstaltsleitung dem zuständigen Vormund einzusenden seien.

Für uns Ärzte ist es schließlich von Wichtigkeit zu erfahren, welche gerichtliche Entscheidungen bis etzt ergangen sind:

Gemäß dem Blatte „Die Heilanstalt" hat ein Gericht in Breslau entschieden, daß ein Arzt die Befugnis habe, den Briefwechsel eines Patienten, dessen Zustand die Überwachung durch den Arzt erheischt, zu kontrollieren:

„Die Angehörigen des Kranken haben hierauf Klage gegen den Anstaltsarzt geführt. Der Gerichtshof hat sich in dieser Angelegenheit auf die Seite des Arztes gestellt. In juristischen Kreisen ist man aber der entgegengesetzten Ansicht, und man glaubt, daß das Reichsgericht das Urteil der ersten Instanz verwerfen werde. In medizinischen Kreisen wieder glaubt man, daß ein Arzt nur in gewissen Fällen, z. B. wenn es sich um einen Kranken handelt, dessen geistiger Zustand geprüft werden soll, die Befugnis habe, den Briefwechsel seines ihm anvertrauten Patienten zu überwachen. Andernfalls habe selbstverständlich ein Arzt kein Recht, sich in die Privatkorrespondenz seiner Patienten einzumischen. Ein Arzt dürfte zwar einem sehr schwer Kranken, bei dem eine Verschlimmerung des Zustandes durch das Lesen von Briefen zu befürchten sei, dieses verbieten, von der Verletzung des Briefgeheimnisses ist natürlich in dem letzterwähnten Falle keine Rede."

Es wäre zu empfehlen, wenn der Vorstand unseres Vereins diesem Falle mit Hilfe der Redaktion „Der Heilanstalt" nachginge und das Urteil der weiteren Instanzen zu seiner und damit auch zu unserer Kenntnis zu bringen suchte. Ich beantrage dies hiermit.

In unserer eigenen Angelegenheit erhielten wir nach Vorlage aller dieser bisher erörterten Gesichtspunkte von dem das Ermittlungsverfahren leitenden Amtsrichter den folgenden Bescheid:

„Unter Bezugnahme auf Ihre richterliche Vernehmung vom 22. Januar 1912 durch das Königl. Amtsgericht zu Ahrweiler, benachrichtige ich Sie hiermit, daß ich das Verfahren gegen Sie wegen Verletzung des Briefgeheimnisses eingestellt habe.

I. V.: gez. Großmann."

Im Falle Weiler erzielte, wie wir alle wissen, Herr Kollege Weiler in seinem Kampfe mit den Rechtsanwälten, die einen unkontrollierbaren persönlichen und schriftlichen Verkehr mit einem Kranken erzwingen wollten, ein obsiegendes Urteil.

Ferner möchte ich noch folgende Entscheidung des Vormundschaftsgerichts in Königswinter aus allerjüngster Zeit anführen. Auf Wunsch eben dieses Vormundschaftsgerichts hatten wir eine Zeitlang den persönlichen und brieflichen Verkehr der den Protest einer Kranken gegen ihre Entmündigung betreibenden Anwälte mit der Kranken zugelassen. Da aus den Briefen der Anwälte ein grober Mißbrauch dieses Verkehrs festgestellt wurde, indem die Anwälte das Vertrauen der Patientin zu den Ärzten in ordinärster Weise herabzusetzen suchten und andererseits auch eine höchst ungünstige Beeinflussung des psychischen Gesundheitszustandes der Patientin festgestellt werden konnte, so stellten wir dem Vormundschaftsgericht in eingehender Begründung die Alternative, daß das Vormundschaftsgericht die den Anwälten gegebene Lizenz zurückziehen möge oder wir die Behandlung niederlegen würden. Nachdem meine Eingabe einem Irrenarzt und einem beamteten Arzt zur Begutachtung seitens des Vormundschaftsgerichts vorgelegt worden war und beide die Richtigkeit meiner Ansicht und eines Separatgutachtens Dr. Mörchens anerkannt hatten, entschied der Herr Vormundschaftsrichter wie folgt:

„An das Königl. Amtsgericht, Vormundschaftsgericht in K.

In Sachen P. reiche ich ergebenst das Schreiben des Herrn Geheimrat von Ehrenwall zurück, dazu zwei Gutachten, welche ich über den Inhalt desselben eingeholt habe. Beide Gutachten, sowohl das des Herrn Kreisarztes von Ahrweiler wie das des Herrn Oberarztes Dr. L., Oberarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in B., sprechen sich dahin aus, daß der Standpunkt der von Ehrenwallschen Anstalt richtig sei. Ich habe mich deshalb entschlossen, von jetzt an wieder die gesamte Korrespondenz der Frau P. zu kontrollieren, sowohl diejenigen Briefe und Karten, welche sie selbst schreibt, als auch diejenigen, welche an sie geschrieben werden. Während ich aber bisher kaum je ein Schreiben beanstandet habe, muß ich von jetzt an eine genauere Kontrolle eintreten lassen. Ferner gedenke ich von jetzt an bis zur Beendigung des Entmündigungsverfahren, die hoffentlich bald eintreten wird, keinen Besuch mehr bei Frau P. zuzulassen. — Sollte das Vormundschaftsgericht meine Entschließung nicht billigen, bitte ich um andere Weisungen.

K., den 18. Mai 1912.

gez.: F., Rechtsanwalt."

NB. Das Gericht ließ diese Entschließung des Vormundes F. zu Recht bestehen.

Zum Schluß sei noch das ausführliche Gutachten des Direktors der Irrenanstalt Leubus, Herrn Geheimrat Alter, an die schlesische Ärztekammer erwähnt:

„An den Herrn Ersten Staatsanwalt zu Görlitz.

Auf die gefl. Anfrage vom 29. August 1907 (J.-Nr. 67/07), eingegangen am 30. August 1907, erwidere ich unter Rücksendung der Akten und Beiakten ergebenst folgendes:

Bei der prinzipiellen Wichtigkeit der gestellten Frage habe ich den Sachverhalt dem am 3. Sept. zu einer Sitzung versammelten Gesamtvorstand der Ärztekammer vorgelegt und beschloß derselbe a) die Erstattung eines Gutachtens hierüber zunächst dem Vorstandsmitglied, Herrn Geh. San.-Rat Dr. Alter-Leubus zu übertragen und b) den von diesem gefertigten Entwurf sämtlichen Vorstandsmitgliedern zu etwaigen Abänderungs- resp. Ergänzungsvorschlägen zugehen zu lassen. Dementsprechend bin ich verfahren und übersende jetzt das Gutachten in der Form, der sämtliche Vorstandsmitglieder zugestimmt haben, der Königl. Staatsanwaltschaft zur gefälligen Kenntnisnahme und Benutzung.

Breslau, den 30. September 1907.

Der Vorsitzende: Dr. Theodor Körner.

Gutachten.

Die Frage, ob Dr. H. sich durch das Eröffnen von Briefen, die an den in der Kahlbaumschen Privat-Irrenanstalt zu Görlitz untergebrachten Studenten H. G. gerichtet waren, eines Vergehens gegen „usuelle Auffassungen oder Bestimmungen" schuldig gemacht hat, muß vom ärztlichen Standpunkte aus entschieden verneint werden.

Das von Dr. H. bezüglich der Korrespondenz für den in seiner Behandlung befindlichen Studenten G. beobachtete Verfahren ist in Irrenanstalten allgemein gebräuchlich. Die vom Provinzialausschuß für die Schlesischen Provinzial-Irrenanstalten erlassene Hausordnung enthält im § 9 Abs. 3 folgende Bestimmung:

> Alle Briefe an Kranke . . . müssen durch die Hand des Direktors gehen . . . Zusendungen von außen an die Kranken . . . dürfen nur mit Erlaubnis des Direktors stattfinden.

Für die öffentlichen Irrenanstalten bestehen somit Bestimmungen, welche es dem leitenden Anstaltsarzte ausdrücklich zur Pflicht machen, von der an Anstaltskranke eingehenden Korrespondenz Kenntnis zu nehmen und davon ihre Abgabe an die Kranken abhängig zu machen. Es erscheint das von vornherein auch wohl begründet. Wie jeder Arzt einem schwer Kranken Besucher fernhält, von denen er fürchtet, daß sie den Kranken aufregen und ungünstig oder verschlimmernd auf den Krankheitsverlauf wirken könnten, so muß der Psychiater seinen Kranken Briefe und Korrespondenzen vorenthalten können, die geeignet sein würden, den Kranken zu beunruhigen oder zu schädigen. Das kann er aber nur, wenn er den Inhalt der an den Kranken eingehenden Korrespondenz kennt. Seinem diskretionären Ermessen wird es allerdings überlassen bleiben können, ob er im einzelnen Falle von dieser Kenntnisnahme absehen zu dürfen glaubt. Das wird insbesondere dann der Fall sein können, wenn der Arzt den Kranken und die mit ihm Korrespondierenden schon längere Zeit kennt, nicht aber, wenn der Kranke erst kurze Zeit sich in seiner Behandlung befindet oder der Arzt Grund zu der Annahme zu haben glaubt, daß der Kranke durch die Korrespondenz an seiner Gesundheit Schaden erleiden könnte. Dann wird es zu einer gebietenden Pflicht für den Arzt, von der Korrespondenz Kenntnis zu nehmen und sie eventuell dem Kranken vorzuenthalten.

Gilt dies allgemein für die öffentlichen Irrenanstalten, so muß das gleiche auch für die Privatanstalten der Fall sein. Für sie sind Bestimmungen allerdings nicht vorhanden nach dieser Richtung hin,

und es enthält insbesondere die ministerielle „Anweisung über die Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" vom 26. März 1901 keinerlei entsprechende Bestimmung über die Behandlung der Korrespondenz der Kranken. Verfahren aber wird auch in den Privatirrenanstalten mit dieser Korrespondenz ebenso wie in den öffentlichen Irrenanstalten; und es kann vom ärztlichen Standpunkte aus dies nur als richtig und notwendig bezeichnet werden. Denn die Gefahr, daß durch an Anstaltskranke gelangende ungeeignete Korrespondenz ihr Gesundheitszustand ungünstig beeinflußt werden kann, ist im allgemeinen näherliegend für die in Privatanstalten untergebrachten Geisteskranken, als für die Insassen der öffentlichen Irrenanstalten. Gehören die ersteren doch zum viel größeren Teile den gebildeten Ständen an, deren Korrespondenz umfangreicher und komplizierter zu sein pflegt. Sie bedarf daher in höherem Grade der Überwachung, sollen die Kranken vor Schaden bewahrt bleiben. Und daß speziell im vorliegenden Falle eine Gesundheitsschädigung des Kranken von dem brieflichen Verkehr mit der Klägerin zu vermuten war, ergibt sich zur Genüge aus Aussage Bl. 8 und 9 der Akten. Dürften doch wohl auch dem Laien Briefe von dem Inhalt der beiden bei den Akten befindlichen als ungeeignet zur Abgabe an einen Geisteskranken erscheinen.

Es muß daher vom ärztlichen Standpunkte ausgesprochen werden, daß es eine Pflichtverletzung seitens des behandelnden Arztes wäre, wenn er jede Korrespondenz ohne Auswahl in die Hände seiner Kranken gelangen lassen wollte. Diese Auswahl bildet einen wesentlichen Teil der hygienischen Anstaltsbehandlung Geisteskranker — sie kann aber selbstverständlich nicht anders getroffen werden, als durch die Eröffnung der an Kranke eingehenden Korrespondenz durch den Arzt. Daher kann das erbetene Gutachten ärztlicherseits nur dahin lauten, daß Dr. H. durch das Eröffnen der an p. G. gerichteten Briefe sich keines Vergehens gegen usuelle Auffassungen oder Bestimmungen schuldig gemacht, sondern lediglich eine ihm als Irren-Anstaltsarzt obliegende Pflicht erfüllt hat.

Sollte er deshalb bestraft werden, so wird er sich damit zu trösten haben, daß für sein Handeln maßgebend gewesen ist das ärztliche Gebot: Summa lex salus aegroti!

gez.: Geh. San.-Rat Dr. Alter."

Wir sehen also, daß wir auf dem besten Wege sind, unseren praktisch als richtig anerkannten Anschauungen auch durch Gerichts- und Verwaltungsbeschlüsse Anerkennung zu verschaffen. Solange aber das Gesetzbuch uns nicht ausdrücklich vor Strafe schützt, möchte ich den Rat geben, die Erlaubnis zum Öffnen von Briefen in jedem einzelnen Falle ausdrücklich und schriftlich von dem Vater oder Vormund oder sonstigen nächsten Angehörigen einzuholen.

Mitteilungen.

— Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.

I. Sitzung, 30. Mai. Vormittags 9 Uhr. Aula der Universität. (Fortsetzung.)

Alzheimer-München. Diese Ansichten waren sehr pessimistisch: „ignoramus, ignorabimus, nutzlos und sinnlos ist Mühe und Arbeit verschwendet worden!" — Aber dem ist nicht so, wir haben schon eine große Reihe positiver Resultate erzielt. Wir kämpfen zwar mit unüberwindlich scheinenden Schwierigkeiten, aber gerade unsere jetzigen Erfahrungen deuten darauf hin, daß wir früher vieles nicht gesehen haben, was wir jetzt sehen und was nach unseren jetzigen Erfahrungen mit Händen zu greifen ist, und das spricht doch dafür, daß wir hoffen können, auch später das zu sehen, was uns jetzt noch unklar und dunkel ist.

Man spricht jetzt manchmal von einem Abflauen der anatomischen Welle, weil die erwarteten Resultate noch nicht vorliegen; es hat sich aber doch einfach nur gezeigt, daß die Verhältnisse komplizierter liegen, als man zuerst gedacht hatte.

Wir haben das Gesetz der elektiven Giftwirkung, eigentlich nur eine Bestätigung alter neurologischer und psychiatrischer Erfahrungen.

Experimente an Affen müßten noch folgen.

Die pathologische Anatomie wird noch mehr leisten, man muß ihr nur die Zeit dazu lassen. Sie hat schon große Erfolge erzielt bei der Frage der Paralyse, der Hirnlues, der senilen Erkrankungen, es steht zu erwarten eine völlige Erforschung der Infektions- und Intoxikationspsychosen, der Epilepsie, Idiotie etc., — sie zergliedert vielleicht auch noch einmal die Dementia praecox; sie kann natürlich nicht alle Rätsel lösen.

Man hat früher Einzelsymptome zu sehr bewertet, aber kein Einzelsymptom ist für sich allein charakteristisch. Man muß unterscheiden zwischen Defektzuständen und Symptomenkomplexen, die nur als Reizerscheinungen aufzufassen sind; es gibt verschiedene Demenzen und verschiedene Reizerschei-

nungen. Bei der Betrachtung der Krankheitsbilder bleiben wir noch vielfach am äußeren Bilde haften, wie vieles übersieht man bei jeder Beobachtung, wenn die Aufmerksamkeit nicht besonders darauf hingelenkt wird!

Es ist gelungen, den Symptomenkomplex der Gefängnispsychosen von der Dementia praecox abzutrennen.

Gerade nach den Erfahrungen bei der Paralyse muß man die ätiologischen Faktoren genau prüfen.

Man bemängelt die Erweiterung des Begriffes: manisch-depressives Irresein. Aber diese Erweiterung bedeutet doch einen Fortschritt. Man diagnostiziert doch nicht man.-depr. Irresein als solches, sondern eine Unterform mit besonderen Eigenschaften. Zweifellos ist hier noch manches dabei, was man wieder davon trennen muß, ebenso, wie man die nicht hysterischen, psychogenen Krankheitsbilder von der Hysterie, wie man die Affektepilepsie von der Epilepsie zu unterscheiden gelernt hat. Manche scheinbar manisch-depressiven Symptome können auch Eigentümlichkeiten anderer manisch-depressiv-ähnlicher Symptome sein, mehrmalige Heilung ist z. B. keineswegs notwendig ein Beweis für manisch-melancholisches Irresein usw. Solche Grenzberichtigungen werden zweifellos noch nötig sein, ohne daß man deshalb das ganze Gebäude zu zerstören braucht.

Jedenfalls kommen wir vorwärts, der Hochesche Pessimismus ist nicht gerechtfertigt.

Kleist-Erlangen. „Über chronische paranoische Erkrankungen des Rückbildungsalters mit besonderer Rücksicht auf ihre Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein."

Die Krankheiten des Rückbildungsalters sind in erster Linie der präsenile Beeinträchtigungswahn und die Spätkatatonie; letztere verläuft aber meist als Spätform der Dementia paranoides. Es ist hierbei schon sehr früh die inhaltliche Verwirrtheit festzustellen, es zeigt sich bald ein fortschreitender Verfall des Bewußtseinsinhaltes; es besteht kein Verhältnis zwischen der Maßlosigkeit der Wahnvorstellungen und den Affekten, ein Beweis dafür, daß die Wahnideen hier nicht aus dem Affekt entspringen, es sind keine paranoischen, sondern paranoide Wahnvorstellungen.

Ganz anders ist es bei einer kleinen Gruppe des präsenilen Beeinträchtigungswahns — meist weibliche Kranke, — die Vortr. als chronische Involutionsparanoia bezeichnen möchte. Hier handelt es sich gewissermaßen auch um geistige Invaliden, aber es besteht keine Demenz, sondern nur eine Umstimmung der affektiven Persönlichkeit, es besteht stets ein sehr lebhafter, aber ein den Wahnideen proportionaler Affekt. Die Erkrankung beginnt meist postklimakteriell mit einer Veränderung der Stimmungslage, die Kranken sind ängstlich, leicht gereizt, argwöhnisch, voller Eigenbeziehungen und Mißdeutungen, zeigen zunächst keine Größen-, sondern Verfolgungsideen; sie lehnen sich gegen die angstbetonte Wahnvorstellung auf. Andererseits ist aber der Affekt oft deutlich manisch gefärbt, man findet Siegeszuversicht, Selbstüberschätzung, und schließlich auch Größenideen. Die Stimmungslage wechselt, im Beginn der Erkrankung ist sie zuerst mehr ängstlich, dann kommen die Verfolgungs- und dann die Größenideen. Es ist dies eine Bestätigung der Ansichten älterer Autoren, daß die Melancholie des höheren Lebensalters oft in Paranoia endige. — Der Verlauf ist sehr chronisch, vielleicht ist manchmal eine Verschlimmerung durch Arteriosklerose möglich. — Alle Symptome, auch die Neigung zu einer gesteigerten Phantasietätigkeit sind aber meist nichts anderes, als das Manifestwerden einer konstitutionell abnormen Veranlagung. Meist findet man schon vorher eine paranoische Veranlagung, oft eine hereditäre Belastung in diesem Sinne. Alle Symptome sind aber nun auch Züge des manisch-depressiven Irreseins, so daß man das beschriebene Krankheitsbild wohl als Untergruppe dieser Krankheitseinheit ansehen kann. Das manisch-depressive Irresein ist dann hier natürlich keine Diagnose, sondern nur ein Oberbegriff.

Urstein-Warschau weist auf eine von ihm publizierte Monographie: Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie — hin, die sich auf mehrere Tausende genau beobachteter meist abgeschlossener Fälle stützt und das Ergebnis jahrelanger mühevoller Untersuchungen zusammenfaßt. U. hat in den drei letzten Jahren die Frage der funktionellen Psychosen wiederum sehr eingehend geprüft und unter anderem das gesamte Material der Heilanstalt Schweizerhof in Zehlendorf verarbeitet. Dieses Material erscheint zur endgültigen Lösung der mannigfachsten Fragen am geeignetsten, einmal, weil es das älteste ist und auf sechs Dezennien zurückblickt, dann aber geistig hochstehende Personen betrifft, die wenn sie erkranken, sich in vielerlei Hinsicht zweifellos anders verhalten als Kommunalpatienten, uns aber gerade durch ihre Bildung sowie Intelligenz diese Unterschiede deutlich vor Augen führen.

Mit dem Terminus Katatonie identifiziert U. jene Krankheitsform, die er früher als „Dementia praecox" beschrieben hat; er liefert den Beweis, daß typische Manien, Depressionen und Mischzustände in streng Kraepelinschem Sinne zu katatoner Verblödung führen, vereinzelt aber erst nach zehn bis zwölf Attacken, wobei die freien Intervalle, in denen die Patienten völlig gesund bleiben, selbst über 30 Jahre betragen können.

Im symptomatologischen Teil der Arbeit werden diejenigen Zeichen beschrieben, welche sowohl beim manisch-depressiven Irresein als auch bei Katatonie vorkommen, ferner solche Symptome, die man nur bei zirkulären Kranken gelten lassen will, obwohl diese nach U.s Erfahrungen viel häufiger, wenn nicht ausschließlich bei Verblödungsprozessen auftreten, endlich Erscheinungen, die sich lediglich bei Katatonikern feststellen lassen.

Auch die körperlichen Symptome werden eingehend erörtert. U. beschreibt eine epileptische Form der Katatonie, bei der die typischen Krampfanfälle bei Tage und in der Nacht, einzeln oder serienweise auftreten, und wo sowohl epileptische Antezedentien als auch periodisch wiederkehrende Äquivalente beobachtet werden. Den Ursachen und

dem Wesen der Katatonie widmet U. ein umfangreiches Kapitel, in dem er neue Hypothesen zur Diskussion stellt — die Katatonie wie auch die genuine Epilepsie führt U. auf anaphylaktische, durch Sekretionsanomalien bedingte Autointoxikationen zurück — ebenso leitet er bezüglich der Heredität bestimmte Gesetzmäßigkeiten ab.

Im diagnostischen Teil wird der Nachweis geführt, daß sämtliche Formen der Katatonie schon im allerersten Beginn des Leidens sich erkennen lassen. Viel unsicherer als bei der Diagnose gestalten sich unsere Erfahrungen in prognostischer Hinsicht, doch werden auch hier mehr oder weniger verläßliche Anhaltspunkte mitgeteilt. Schließlich geht U. auf die klinische Bewertung katatoner und manisch-depressiver Zustände ein. Wenn katatone Syndrome bei organischen Infektions- und Intoxikationspsychosen beobachtet werden, so handelt es sich offenbar um eine spezifische Reaktionsform besonders veranlagter Individuen. Die von Haus aus bestehende Prädisposition kann, sofern eine schädliche Einwirkung aufs Gehirn stattfindet, z. B. ebenso gut durch paralytisches wie infektiöses oder infolge einer Stoffwechselstörung entstandenes Virus gewertet werden. Bei den funktionellen Psychosen gebührt der Vorrang den katatonen Syndromen. U. sucht darzulegen, daß die Verblödung, wie sie auch Kraepelin bei angeblich Manisch-depressiven schildert, zweifellos Katatoniker betrifft, die eben fälschlicherweise als zirkuläre Kranke diagnostiziert werden. Wir müssen unbedingt daran festhalten, daß manisch-depressive Kranke nicht verblöden dürfen, denn sonst hätte die Aufstellung dieser beiden wesensverschiedenen Psychosen weder Sinn noch praktischen Erfolg.

Zu anderen auch heute im Hauptreferat und in der Diskussion vorgebrachten Fragen hat U. in seiner Monographie Stellung genommen und die einzelnen Punkte dort eingehend erörtert, so daß er auf die betreffenden Abschnitte dieses Werkes verweisen muß.

Autoreferat.

Diskussion über Referat Hoche-Alzheimer und die Vorträge Kleist, Urstein.

Stransky: Der Pessimismus stützt sich zu sehr auf die Beobachtung nur akuter Fälle. Ferner muß auch die Disposition in Betracht gezogen werden, es kann auch einmal trotz einer Disposition zum manisch-depressiven Irresein doch noch eine Dementia praecox auftreten; gerade bei den leichtesten Formen gibt es Übergänge. Es wird zu viel geschrieben ohne Berücksichtigung der früheren Literatur. Vortr. fragt nach dem Unterschiede zwischen der eigentlich „prä“präsenilen Involutionspsychose nach Kleist und dem Magnanschen Délir chronique.

Kraepelin: Allerdings gehen wir Idealen nach, und Ideale sind immer Phantome. Aber es ist doch schon viel erreicht, wir stellen doch jetzt Prognosen, wenigstens viel häufiger und viel sicherer als vor 20 bis 30 Jahren. Durch die heuristischen Prinzipien haben wir eine Fragestellung für die Zukunft gegeben. Man kann nicht sofort nach der Fragestellung schon die Lösung erwarten; in jeder Wissenschaft gibt es Schwankungen, alle Probleme sind, wenn man sie ernstlich in Angriff nimmt, komplizierter, als man ursprünglich gedacht; Unsicherheit ist ein Zeichen dafür, daß man vorwärts kommt. Ein Pessimismus würde die Arbeitsfreudigkeit aufs schwerste schädigen.

Cramer: Hoche ist nicht der Geist, der stets verneint, er sucht dasselbe Ziel, nur auf anderem Wege. Die Symptomenkomplexe müssen mehr studiert werden, dann kann man mit größerem Erfolg an die pathologische Anatomie gehen.

Neißer: Die Einseitigkeit gewisser Lehrmeinungen zeigt ihre Unvollständigkeit. Die Erkrankungen sowohl als auch die Symptome sind nicht allein von ätiologischen Bedingungen abhängig. Man muß nicht nur spezielle, sondern auch allgemeine Psychiatrie treiben.

Siemerling: ist Anhänger der Hocheschen Skepsis. Eine pathologische Anatomie der Psychosen haben wir noch nicht, ein Mittel zur Prognosenstellung gibt uns die pathologische Anatomie ebenfalls nicht. Etwas anderes ist es, wenn man aus praktischen und didaktischen Gründen geschlossene Krankheitsbilder annimmt oder Prognosen stellt, vielleicht sogar auch mit dem Gedanken: Das Beste, was wir wissen können, können wir den Jungen doch nicht sagen!

Weygandt: Daß es langsam, aber sicher mit den wissenschaftlichen Erfolgen in der Psychiatrie vorwärts geht, zeigt u. a. ein Sondergebiet unseres Faches, in dem wir noch vor 25 Jahren in systematischer Hinsicht fast vis-á-vis de rien standen, in der Gruppe der Idiotie oder Defektzustände aus dem Jugendalter. Während wir damals einem chaotischen Gewirr interessanter aber rätselhafter Fälle gegenüberstanden, ist es heute möglich, eine große Reihe klinisch und ätiologisch scharf umschriebener Gruppen herauszuheben, so daß ich in dem betreffenden Abschnitt des Aschaffenburgschen Handbuchs nicht weniger als 26 verschiedene Formen jenes Spezialgebietes mit zahlreichen Untergruppen nebeneinander stellen konnte. Übrigens sind auch in den anderen medizinischen Disziplinen noch dunkle Probleme genug anzutreffen, die nur eine symptomatische Zusammenfassung, aber keine befriedigende klinische Klärung erlauben, wie z. B. die perniziöse Anämie, Diabetes insipidus usw. Kritizismus ist gewiß am Platz, aber nicht ein die Forschungsfreudigkeit lähmender Skeptizismus.

Meyer: Hoche betont auch das Wesen der Persönlichkeit. Bonhöffer hatte schon auf den Unterschied zwischen exogenen und endogenen Reaktionstypen und Verlaufsformen aufmerksam gemacht. Auch bei exogenen Erkrankungen muß man nach endogenen Reaktionstypen suchen.

Cimbal: Die Referenten haben das Thema viel enger gefaßt, als es vielleicht gedacht war. Die Hauptschwierigkeit der heutigen Psychiatrie liegt in der verschiedenen Nomenklatur der einzelnen Schulen. Man soll zunächst einmal die Symptomenkomplexe vereinheitlichen und sich über die Begriffe und ihre Benennung einigen, z. B. über „Delirant“, „Halluzination“, „Illusion“, „Verworrenheit“ usw. Vor-

schlag: eine Kommission zu ernennen zur Schaffung einer einheitlichen Nomenklatur.

Leppmann: Übereifrige Schüler haben die guten Ideen und Hypothesen meist zu voreilig in die Praxis übersetzt, doch die Zeiten der Übertreibung sind jetzt glücklicherweise vorüber. Der Kraepelinsche Standpunkt hat den großen Wert, daß man im einzelnen Fall zum mindesten zu einer Fragestellung auf Grund der Lehren Kraepelins gezwungen ist.

Kleist (Schlußwort) erwidert Stransky, der Unterschied der Involutionsparanoia gegenüber dem Délir chronique sei das Stationärbleiben, ohne dement zu werden.

Urstein (Schlußwort).

Alzheimer (Schlußwort): Die anatomischen Befunde sollen nicht klinische Erscheinungen erklären, sondern einzelne Krankheitsprozesse voneinander unterscheiden. Auch Hoche stellt Prognosen, also spricht er auch von Krankheiten, das läßt sich eben nicht trennen. Allerdings sind seither die Symptomenkomplexe etwas vernachlässigt worden. Eine Kommission zu ernennen zur Einigung über Begriffe und Nomenklatur wäre wohl aussichtslos. Hoche verglich unser Bestreben mit dem Tun eines Mannes, der eine trübe Flüssigkeit zu klären versucht, indem er sie von einem Topf in den anderen gießt. Der Vergleich hinkt, die Flüssigkeit ist nicht trübe, wir sehen sie nur trübe, vielleicht weil die Gläser trübe sind.

Hoche (Schlußwort): Ich weiß sehr wohl, daß Pessimismus unbeliebt macht, und ich bin nicht der Meinung gewesen, heute in diesen Fragen, die Glaubenssache sind, Widerstrebende zu überzeugen, am allerwenigsten natürlich Kraepelin. Ich gebe auch ohne weiteres zu, daß das Kraepelinsche Programm mit bestimmtem Ziel und einem scheinbar sicheren Wege sehr viel mehr suggestive Kraft besitzt, als die im wesentlichen verneinende Betrachtungsweise, die mir heute als die gegebene erscheint. Immerhin hat sich die Sachlage in den seit meinem Münchener Vortrage verflossenen sechs Jahren wesentlich verschoben, und es ist heute schon eine Reihe zustimmender Äußerungen laut geworden, die sich sicherlich vermehren würde, wenn jeder sich äußern wollte, der sich eine Meinung gebildet hat. Wenn Kraepelin sagt, daß man von den Symptomenkomplexen aus zu keiner Vorhersage des gesamten Krankheitsverlaufes gelangen könne, so ist darauf zu erwidern, daß die Indikation unseres Handelns im wesentlichen doch von dem Zustandsbild des Momentes, nicht von Zukunftserwägungen geleitet wird, und daß gerade unsere allseitig zugegebene Hilflosigkeit in der Prognose immer wieder mit zwingender Gewalt zeigt, daß wir eben mit unseren heutigen Namen und Abgrenzungen nichts wirklich Einheitliches zwischen den Fingern haben. — Die anatomische Arbeit in ihrem Wert herabzusetzen, bin ich natürlich keineswegs gesonnen. Nur soll die Klinik sich keine Illusionen darüber machen, was für sie auf dieser Weise für ihre Zwecke zu erhoffen ist. Wenn im übrigen Kraepelin vor der Annahme dieser skeptischen Lehre warnt und meine Auffassungen als eine Bremse an dem Lauf unserer Wissenschaft bezeichnet, so sollte man doch nicht vergessen, daß für die Sicherheit eines Eisenbahnzuges die Bremse unter Umständen wichtiger ist, als die Geschwindigkeit. Im übrigen kann wohl niemand mehr anerkennen als ich selber, was wir gerade der energischen Spannkraft der Kraepelinschen Arbeit auf klinischem Gebiete verdanken, ohne welche auch die ganze heutige Erörterung nicht möglich gewesen wäre. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

— Programm der **XIV. Konferenz des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher** vom 8.—11. September 1912 in Bielefeld und Bethel.

I. Sonntag, den 8. September, abends 8 Uhr Vorversammlung im Hotel Vereinshaus, Bielefeld, Begrüßung durch den Vorsitzenden des Vereins etc. Bericht über die letzten zwei Jahre, Rechnungslegung und Entlastung des Kassenführers, Ersatzwahl für die ausscheidenden Mitglieder des Vorstandes, Anträge. Geselliges Beisammensein.

II. Montag, den 9. September, vormittags 9 Uhr: Erste Hauptversammlung im Hotel Vereinshaus Bielefeld. — a) Begrüßungsreden. — b) Vorträge. 9½—10½ Uhr: „Die erziehlichen Aufgaben des Heilpädagogen." Referent: Dr. phil. Heller-Wien. 10½—11½ Uhr: „Mittel und Wege der Zustandserforschung Geistesschwacher." Referent: Dr. med. Kleefisch-Essen-Huttrop. 11½—12 Uhr: Frühstückspause. 12—1 Uhr: „Der erste Rechenunterricht Schwachsinniger." Referent: Direktor Kölle-Möhringen. 1—2 Uhr: „Beschäftigung und Spiel in der untersten Vorschulklasse." Referent: Anstaltslehrer Israel-Chemnitz-Altendorf. 3 Uhr: Festessen im Hotel Vereinshaus. 8 Uhr: Geselliges Zusammensein auf dem Johannes-Berg.

III. Dienstag, den 10. September, vormittags 9 Uhr: Zweite Hauptversammlung im Festsaale der Anstalt Bethel. — Vorträge. 9½—10½ Uhr: „Krämpfe im Kindesalter, ihre Bedeutung und Beziehung zum jugendlichen Schwachsinn; mit Krankenvorstellung." Referent: Dr. med. Blümcke-Bethel. 10½—11½ Uhr: „Arbeitskolonien für Schwachsinnige." Referent: Direktor Schwenk-Idstein i. T. Geschäftliches. 11½—2 Uhr: Pause. Gemeinsames Mittagessen. 2 Uhr: „Die verschiedenen Arbeitsgebiete der Anstalten Bethel." Referent: Pastor F. v. Bodelschwingh-Bethel. Hieran anschließend Besichtigung der Anstalt. 5½ Uhr: Geselliges Beisammensein auf der Berglust am Sparrenberge. 8 Uhr im Festsaal der Anstalt Bethel: Lichtbilder-Vortrag: „Die Entwicklung der Schwachsinnigenfürsorge Deutschlands mit Berücksichtigung der übrigen Länder", unter Zuhilfenahme von 150 Lichtbildern. Referent: Anstaltslehrer Kirmße-Idstein i. T.

IV. Mittwoch, den 11. September: Besuch der Anstalt Wittekindshof bei Volmerdingsen (Bad Oeynhausen). Besichtigung der Schul- und Anstaltseinrichtungen unter Führung des Anstaltsleiters, Herrn

Pastor Stieghorst. Nachmittags: Ausflug nach der Porta Westfaliça.

Bemerkung: Im Hotel Vereinshaus stehen Zimmer zu 2,75 M. und 3 M. inkl. Frühstück auf vorherige Bestellung zur Verfügung.

Der Vorstand.

Erziehungs-Inspektor Piper-Dalldorf, Vorsitzender; Direktor Böttger-Leipzig; Oberarzt Dr. med. Meltzer-Waldheim; Schuldirektor Richter-Leipzig; Direktor Schwenk-Idstein; Direktor Pastor Stritter-Alsterdorf; Schulrat Weichert-Leschnitz.

Referate.

— v. Ehrenwall-Ahrweiler, San.-Rat Dr., Über das Wesen der Geisteskrankheiten und deren moderne Behandlung in Anstalten etc. Akademische Monatsblätter, 1912.

In diesem populär gehaltenen, sehr nützlichen Aufsatz ist besonders ein Wink beachtenswert, den von Ehrenwall für die Fälle gibt, wo Gefahr droht, daß durch geistigen Defekt oder geistige Erkrankung des Ehemannes das Vermögen der Frau verloren geht und wo der Weg der Klage oder Entmündigung oder Pflegschaft nicht angebracht oder nicht erwünscht erscheint. Er sagt:

„In der Regel wird bei der Notwendigkeit, eingreifende Schutzmaßregeln bei nachgewiesener erheblicher Gefährdung des Vermögens der Frau zu veranlassen, der Frau immer die schwere Last der Initiative obliegen. Viele Frauen werden den Entschluß nicht finden, gegen den Mann mit Klage vorzugehen. In solchen Fällen ist den Verwandten der Frau, die dieser nach der gesetzlichen Erbfolge oder aus freien Stücken Vermögen hinterlassen werden, die Möglichkeit durchgreifenden Schutzes der Frau gegeben, ohne daß die Frau oder der Mann hierzu mitzuwirken brauchen. Sie brauchen nämlich nur durch letztwillige Verfügung zu bestimmen, daß dasjenige, was die Frau von ihnen ererbt, ihr Vorbehaltsgut sein soll. Vorbehaltsgut ist der Verwaltung und Nutznießung des Mannes von vornherein entzogen und unterliegt lediglich der Bestimmung der Frau.

In dieser Weise wird mancher Vater seine Tochter unauffällig und ohne ihren ehelichen Frieden zu stören, vor dem Unverstand ihres Mannes schützen können und so noch nachträglich die Wirkung erzielen, die in allen nach der besprochenen Richtung irgendwie bedenklichen Fällen schon vor der Eheschließung durch Einführung der Gütertrennung gesichert werden sollte.“

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Düsseldorf.** Anläßlich der feierlichen Eröffnung der rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg bei Cleve am 3. Juli d. Js. wurde verliehen: der Charakter als Wirklicher Geheim. Oberregierungsrat mit dem Range der Räte erster Klasse dem Landeshauptmann Dr. von Renvers, der Rote Adlerorden IV. Kl. dem Landesbauinspektor Hirschhorn, dem Landes-Oberingenieuer Oslender und dem Anstaltsdirektor Dr. Flügge, der Kgl. Kronenorden IV. Kl. dem Verwaltungsinspektor Föhrenbach, das Allgemeine Ehrenzeichen in Silber dem Obermonteur Schmitt und dem Bauaufseher Buntrock.

— **Zwiefalten.** Anläßlich der Jahrhundertfeier der Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten ist dem Direktor der Anstalt, Medizinalrat Dr. Krimmel das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens verliehen worden.

— **Berlin-Lichtenberg.** Der Geheime Medizinalrat Prof. Dr. C. Moeli wurde zum Geheimen Obermedizinalrat ernannt.

— **Lohr.** Oberarzt Dr. Ungemach wurde zum Kgl. Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Lohr ernannt.

— **Stralsund.** Direktor Dr. Horstmann erhielt den Titel Sanitätsrat.

— **Breslau.** Privatdozent Dr. Kramer erhielt das Prädikat Professor.

— **Bunzlau.** Assistenzarzt Dr. Popp wurde als Abteilungsarzt angestellt.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma Gehe & Co. A.-G., Dresden-N., betr. Ureabromin bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823

Nr. 16. 20. Juli 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten

Inhalt:

Die neuen Niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen.

Von Direktor Dr. *D. Schermers*, Sanatorium für Nervenkranke in Zeist.

Die Frage, wie man zu verfahren habe mit jenen Personen, die eine strafbare Tat verübten, und bei deren Untersuchung sich herausstellt, daß sie weder geisteskrank, noch ganz normal sind, zieht seit einigen Jahren bei uns in Holland wie auch anderwärts die Aufmerksamkeit in besonderer Weise auf sich.

Es wird, nicht allein von psychiatrischer, sondern auch von juristischer Seite immer wieder auf die Lücke hingewiesen, welche sich diesbezüglich in unserer Gesetzgebung findet; eine Lücke, die um so fühlbarer wird, je mehr sich herausstellt, daß heutzutage nicht nur die Zahl der Geisteskranken, sondern auch die der Nervenkranken in besonderer Weise zunimmt.

Der Versuch des jetzigen Justizministers in Holland, jene Lücke auszufüllen, verdient darum sicherlich ganz besonderen Dank und die vollste Anerkennung. Da es sich hier um einen ersten Versuch diese Sache zu regeln handelt, so erscheint es wohl allseitig erwünscht, die gestellten Anträge einer genauen Prüfung zu unterziehen und die etwaigen Schwierigkeiten ernsthaft zu erwägen.

Der Minister befolgt den Grundsatz, daß das Wesen der Strafe darin bestehe, daß sie ein selbstverschuldetes Übel ist, welches den Verletzer der Gesetze von Staats wegen treffe und zwar zum Besten des Gemeinlebens.

Von Strafe darf jedoch keine Rede sein, wenn infolge geistiger Erkrankung die freie Willensbestimmung unmöglich war; selbstverständlich ist dann die Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Wenn aber bei dem Betreffenden die Zurechnungsfähigkeit nur herabgesetzt ist, dann fehlt sie nicht ganz, und in diesem Falle kann und muß auch eine Strafe erfolgen. Nur sollten bei vermindertem Schuldgrade dem Richter auch gelindere Strafen und diese, falls nötig, in abgeänderter, modifizierter Form zu Gebote stehen.

Auf Grund dieser strafrechtlichen Erwägungen wird in den neuen Entwürfen ein geringeres Strafmaß ermöglicht. Auch werden darin solche Strafen verordnet, die dem Geisteszustand des Schuldigen Rechnung tragen.

Die strafrechtliche, zweigliedrige Einteilung in Zurechnungsfähige und Unzurechnungsfähige möchte der Minister beibehalten; nur will er die unverdiente Bestrafung sogenannter „Grenzfälle“ zu verhüten suchen, da hier die Schuld, unter Berücksichtigung der geistigen Minderwertigkeit, gelinder beurteilt werden muß.

Betrachten wir nun im allgemeinen, wie der Minister dieses schwierige Problem zu lösen versucht, so ergibt sich folgendes:

Wer bei Verübung der strafbaren Tat an einer Störung oder mangelhaften Entwicklung seiner Geistestätigkeit gelitten hat, kann verurteilt werden.

Falls man nicht die der Tat entsprechende Grundstrafe auferlegt, kann an deren Stelle eine andere, individuelle, besondere Strafe beantragt werden.

Dafür käme in Betracht: Unterbringung in ein besonderes Gefängnis, eine Geldbuße oder ein Verweis.

Dagegen kann nicht einer Strafe unterworfen werden derjenige, der bei Verübung der Tat an

Störung oder mangelhafter Entwicklung seiner Geistestätigkeit gelitten hat, wenn man ihm, aus diesem Grunde, die Schuld nicht anrechnen kann.

Der Minister ist demnach der Ansicht, daß bei Störung oder mangelhafter Entwicklung der Geistestätigkeit strafbare Delikte begangen werden können, die dem Betreffenden das eine Mal wohl, das andere Mal nicht anzurechnen sind.

Offenbar nimmt er dabei an, daß die Zurechnungsfähigkeit bestehen bleibt, wenn die geistigen Abweichungen nur in geringem Maße vorhanden sind. Die Möglichkeit besteht alsdann, die der Tat entsprechende Strafe aufzulegen; nötigenfalls kann diese aber dem krankhaften Zustande des Schuldigen angepaßt werden. Nur — wenn die geistigen Abweichungen derart sind, daß dem Übertreter die Tat nicht angerechnet werden kann, ist er nicht strafbar.

Ein ganz neues Prinzip ist es, daß in dem Entwurf hiermit die Fürsorge für diese Personen noch keinen Abschluß findet, sondern: wenn es das Interesse der öffentlichen Ordnung erheischt, werden sie von dem Kriminalrichter dem Zivilrichter zugewiesen, um von diesem, bedingt oder unbedingt, zur Disposition des Staates gestellt zu werden. Dieses gilt nicht nur für diejenigen, welche für unzurechnungsfähig erklärt werden, sondern auch für zurechnungsfähige.

Ein neues Projekt der bürgerlichen Gesetzgebung bestimmt alsdann, welche Beschlüsse der Zivilrichter zu fassen habe und wie die Pflege der dem Staate Anheimgestellten einzurichten sei.

Insonderheit wird noch bestimmt, in welchen Fällen es im Interesse der allgemeinen Sicherheit liegt, daß der Täter dem Zivilrichter von dem Strafrichter zugewiesen werde. Das in Frage kommende Delikt müsse dann ein mehr oder weniger ernstes sein.

Endlich wird vorgeschlagen, diese Bestimmungen auch gelten zu lassen für Minderjährige unter achtzehn Jahren, die während Ausführung der Tat an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit gelitten haben.

Wenn wir demnach das bisher Gesagte zusammenfassen, finden wir zwei Punkte, die speziell unsere Aufmerksamkeit beanspruchen:

1. Die Einführung von besonderen Strafen für Personen, die an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden.
2. Das bedingt oder unbedingt dem Staate zur Verfügunggestelltwerden — kürzer gesagt: die Zwangspflege.

Es sind dies die zwei Punkte, welche im folgenden besprochen werden sollen.

I.

Unsere Aufmerksamkeit lenkt zunächst der Umstand auf sich, daß der Minister von den geistigen Abweichungen, die er ins Auge gefaßt hat, eine neue Umschreibung gibt.

Art. 37 des Gesetzes spricht von einem Vergehen, das dem Täter der mangelhaften Entwicklung oder krankhaften Störung seiner Verstandestätigkeiten wegen nicht zugerechnet werden kann.

In dem neuen Entwurf wird überall gesprochen: von einer Person, die während Verübung der Tat an Störung oder mangelhafter Entwicklung der Geistestätigkeiten gelitten habe.

Es wird hier also die Geistestätigkeit im Gegensatz zu Verstandestätigkeit betont. Insofern nicht nur die intellektuellen, sondern auch die sonstigen geistigen Tätigkeiten krankhaft sein können, erheben wir gegen diese Abänderung kein Bedenken, sehen sie, im Gegenteil, als eine Verbesserung an; man ist in den letzten Jahren durch sorgfältigere Untersuchungsmethoden auch mit den sonstigen psychischen Tätigkeiten mehr bekannt geworden und hat dabei erfahren, daß diese bei geistigen Störungen ebenfalls besondere Abweichungen zeigen können.

Die andere Abänderung dagegen erscheint mir weniger glücklich gewählt. Um den sehr dehnbaren Begriff der „Verpsychiatrisierung" zu umgehen, gebraucht der Minister das Wort „leidend", indem er es als nicht genügend ansieht, daß sich bei dem Täter, während der Tat, psychische Abweichungen zeigen. Für den Richter muß es wissenschaftlich begründet feststehen, daß diese Abweichungen unzweifelbar krankhafter Natur waren. Dies ist, sagt der Minister, nicht ausgemacht in bezug auf lediglich moralische Defekte oder einige sexuelle Perversitäten; im allgemeinen nicht angesichts solcher Charakterfehler oder -mängel, denen man vielfach die verbrecherische Natur des Täters zuschreiben kann.

Nun wird es uns selbstverständlich schwer, über diesen letzten Punkt überhaupt ein Urteil zu fällen. Im allgemeinen spräche man besser von krankhafter Störung und mangelhafter Entwicklung, wodurch die Sache deutlicher ausgedrückt wird. Außerdem kann man bei mangelhafter Entwicklung nicht immer auch von „leiden" reden, so wie z. B. jemand, dessen Bein mangelhaft entwickelt ist, darum gerade noch nicht leidend zu sein braucht.

Die frühere Abfassung verdient demnach, meines Erachtens, zum Teil den Vorzug vor der jetzt vorgeschlagenen; entscheidende Bedenken gegen diese Abänderung braucht man jedoch nicht zu hegen. In

jedem Falle jedoch wäre es wünschenswert, den Ausdruck: „krankhafte Störung" beizubehalten.

Der Entwurf beabsichtigt feste Regeln zu geben für die Beurteilung der Straffälligkeit jener Personen, die man gewöhnlich als Grenzfälle, vermindert Zurechnungsfähige oder geistig Minderwertige bezeichnet. Sie leiden alle an geistigen Störungen, die der Geisteskrankheit nicht gleichzustellen sind und deshalb nicht von einer völligen Unzurechnungsfähigkeit begleitet zu sein brauchen.

Dieses hängt zusammen mit dem Umstand, daß ein sehr allmählicher Übergang von geistiger Gesundheit zu geistiger Erkrankung besteht. Es gibt zahllose Zwischenformen, welche von den vollkommen Zurechnungsfähigen hinüberleiten zu solchen, denen man jede Zurechnungsfähigkeit absprechen muß.

Es läßt sich nicht leugnen, daß es anfangs einen eigentümlichen Eindruck macht, wenn wir in dem geplanten Entwurf lesen, wie Personen, welche während Verübung der Tat an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit gelitten, trotzdem verurteilt und bestraft werden sollen.

Wir sind nicht daran gewöhnt, derlei Bestimmungen zu lesen, obwohl sie in der Praxis wiederholt vorkommen. Es gibt immer wieder Fälle, wobei die Störung oder mangelhafte Entwicklung der Geisteskräfte feststeht und der Sachverständige jedoch nicht zu behaupten wagt, daß dem Betreffenden darum die Tat nicht zugerechnet werden kann. Die geistigen Abweichungen sind dann solcher Art, daß der Täter einerseits einer normalen Person nicht gleichzustellen ist, andererseits aber doch noch zurechnungsfähig bleibt.

Der Minister umschreibt ausführlich, welche Fälle er dabei ins Auge gefaßt hat. Eine große Anzahl von diesen Personen können oft strafrechtlich in jeder Hinsicht als normale Individuen behandelt werden. Andere wieder zeigen im Zusammenhang mit ihrem krankhaften Zustand eine eigenartige Geneigtheit zu Kollision mit den Strafgesetzen. Diese Psychopathen bedeuten nicht selten eine große Gefahr für die Gesellschaft wie für die öffentliche Sicherheit.

Auch die Staatskommission vom Jahre 1902 lenkte die Aufmerksamkeit auf Personen, die unter psychiatrische Aufsicht gehören, weil sich bei ihnen geistige Abweichungen zeigen und die außerdem gemeingefährlich sind; in eine Irrenanstalt kann man sie nicht aufnehmen, weil sich bei ihnen nicht die ausgesprochenen Symptome von Geisteskrankheit bemerkbar machen, welche die Ausstellung des erforderlichen ärztlichen Attestes begründen ließe; sie gehören aber eben so wenig in ein Gefängnis, weil die gebräuchliche Gefängnisordnung nachteilig auf sie einwirkt.

Noch mancherlei Aussprüche könnte man hier anführen, welche allesamt auf die großen Schwierigkeiten hinweisen, welche die Gruppe dieser Personen mit sich bringt.

Beobachten wir nun, auf welche Weise man in der Praxis gewöhnlich mit solchen Grenzfällen verfährt, so zeigt sich, daß dies nahezu allein von der persönlichen Auffassung des Strafrichters abhängt.

Gar manche von ihnen neigen dazu, so viel als möglich Zurechnungsfähigkeit vorauszusetzen und schreiten dann zur Verurteilung. Nach Maßgabe der verübten Tat hat man alsdann die Wahl zwischen einer leichteren oder schwereren Strafe; wenn nötig, ist man befugt, den Schuldigen für längere Zeit aus dem öffentlichen Leben zu entfernen.

Andere wieder berücksichtigen bei ihrem Ausspruch mehr die geistigen Abnormitäten, welche man bei dem Rechtsbrecher wahrnimmt. Dann entscheidet man sich in den meisten Fällen für Unzurechnungsfähigkeit und der Täter wird für eine bestimmte Zeit in eine Irrenanstalt untergebracht. Infolge der ärztlichen Behandlung ist sodann Genesung oder Verbesserung des Zustandes sehr wohl möglich.

Nun erhebt sich gegen die Aufnahme solcher Personen in eine Irrenanstalt das Bedenken, daß der Patient, sobald die Symptome der Psychose gewichen sind, aus der Anstalt entlassen wird.

Der Minister macht darauf aufmerksam, daß durch die anscheinende Besserung des Zustandes die Gemeingefährlichkeit noch nicht beseitigt zu sein braucht. Die Psychose kann sich entwickeln auf invalider und unverändert gebliebener Basis, und demzufolge sehr zu Rezidiv neigen. Auch können die verübten Delikte nur in sehr losem Zusammenhang mit den Erscheinungen der Psychose stehen und weniger auf die eigentliche Geisteskrankheit zurückzuführen sein, als auf die daneben bestehenden geistigen Abweichungen.

Nun will ich keineswegs in Abrede stellen, daß eine solche Gefahr besteht, aber ich muß befürchten, daß diese nie vollständig gehoben werden kann, es sei denn, daß man durch fortgesetztes Studium immer besser erkennen lerne, welch schwerwiegenden Einfluß die Störung des seelischen Lebens auf das Tun und Lassen des Menschen hat.

Nur möchte ich nochmals darauf hinweisen, wie das Irrengesetz nirgendwo vermeldet, was man eigentlich unter Irrsinn zu verstehen hat, aber trotzdem immer wieder das Wohl der öffentlichen Ordnung und das Vorbeugen von Unglücksfällen betont.

Jedenfalls lag es in des Gesetzgebers Absicht, bei Entlassung aus der Anstalt in erster Linie auf die allgemeine Sicherheit bedacht zu sein; und es wird wohl jeder Arzt ernstlich diese Frage mit berücksichtigen, wenn er entscheiden muß, ob der Kranke aus der Anstalt entlassen werden kann oder nicht.

In der näheren Erklärung der beantragten Gesetzentwürfe werden diejenigen, welche an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden, im allgemeinen Psychopathen genannt. Obwohl dies, buchstäblich genommen, nichts anderes bedeutet als Geisteskranke, hat das Wort „Psychopath“ dies voraus, daß es sich in unserem Gedankengang nicht so direkt dem Irrengesetze angliedert.

Im Art. 37 nun wird angenommen, daß bei der Verurteilung von Psychopathen die der Tat entsprechende Strafe, hier Gefängnis, aufgelegt werden kann. Der Richter hat dabei natürlich die Wahl zwischen schwereren und leichteren Strafen, wie sie das Gesetz vorschreibt. Auch kann er anordnen, daß die Strafe, bedingungsweise, unvollzogen bleibe.

Solcher Fall wird demnach mehr speziell eintreten, wenn es sich um einen solchen Psychopathen handelt, der sich ein sehr leichtes Vergehen zuschulden kommen ließ und dessen Geisteszustand nur geringe Abweichungen zeigt. Die Strafe wird alsdann auch nicht gar schwer sein, so daß gegen die Verbüßung derselben in einem gewöhnlichen Gefängnis, um des eventuell nur kurzen Aufenthaltes willen, kein ernstliches Bedenken besteht.

Ist aber das Delikt ernsterer Art, so muß man auch eine schwerere Strafe auflegen. In der Regel sind die geistigen Abweichungen dann auch erheblicher, und es steht zu befürchten, daß eine gewöhnliche Strafe von nachteiligem Einfluß auf den Zustand des verbrecherischen Psychopathen sein wird.

Um dem abzuhelfen, eröffnet der Minister dem Richter nunmehr die Möglichkeit, an Stelle einer gewöhnlichen eine besondere Strafe aufzulegen, die dem Geisteszustande des Täters Rechnung trage.

Solch eine besondere Strafe kann demnach verhängt werden über ein schweres Verbrechen, das eine langandauernde Freiheitsentziehung nötig machen würde. Sie kann auch beantragt werden bei geistigen Abweichungen ernsterer Art, wenn zu befürchten steht, daß eine kürzere Strafe den Geisteszustand des Verbrechers nachteilig beeinflussen könnte.

Welcher Art sind nun jene besonderen Strafen, die in dem neuen Projekt für verbrecherische Psychopathen zur Beantragung kommen?

An erster Stelle kann eine solche Strafe bestehen in Unterbringung in ein besonderes Strafgefängnis. Zurzeit besteht auch schon die Befugnis, jene, die zu einer Gefängnisstrafe von beträchtlicher Dauer verurteilt sind, in eine besondere Strafanstalt überführen zu lassen, wenn es zutage treten sollte, daß die gebräuchliche Einzelhaft für sie nicht zweckmäßig ist. Sie müssen aber immer vorerst in ein gewöhnliches Gefängnis aufgenommen werden, und erst dann, wenn sich herausstellt, daß sie sich für den Aufenthalt dortselbst nicht eignen, kann man sie einer besonderen Strafanstalt zuweisen. In der Praxis zeigt es sich, daß es in den meisten Fällen Nervenkranke sind, die man aus solchem Grunde transportieren muß.

Es ist darum sicherlich eine sehr große Verbesserung, daß der Richter bereits in erster Instanz den schuldigen Psychopathen einer besonderen Strafanstalt zuweisen kann. Er braucht demnach nicht mehr die Wirkung eines gewöhnlichen Strafgefängnisses abzuwarten, sondern kann sofort dem krankhaften Geisteszustand des Verbrechers Rechnung tragen. Natürlich dachte man bei dieser Regelung zuerst an das besondere Strafgefängnis zu Scheveningen.

Der Aufenthalt in einer besonderen Strafanstalt wird als Gefängnisstrafe gewertet und hat genau die gleichen Folgen, allein sie ist dem krankhaften Zustande des Verurteilten angepaßt; die Länge eines solchen Verbleibs beläuft sich auf wenigstens eine Woche; für die Maximaldauer desselben ist keine Grenze bestimmt.

An zweiter Stelle kann als besondere Strafe eine Geldbuße aufgelegt werden; jedoch nur dann, wenn die Tat einen weniger ernsten Charakter trug. Die zuständige, der Tat angemessene Strafe wäre in solchen Fällen: entweder Gefängnis, für nicht länger als vier Jahre, oder bloße Haft. Die Geldstrafe beträgt dann wenigstens 5, höchstens 6000 Gulden; wenn sie nicht binnen zwei Monaten bezahlt ist, tritt an ihre Stelle die Unterbringung in eine besondere Strafanstalt. Die eventuelle Dauer dieser Internierung, welche gleichzeitig mit dem richterlichen Urteil bestimmt wird, ist kürzestens eine Woche, längstens ein Jahr.

Wenn, durch außergewöhnliche Umstände, die Maximalhöhe der Geldstrafe überschritten werden muß, kann die Aufnahme in eine besondere Strafanstalt erfolgen, für die Zeit von ein Jahr und vier Monate; keinesfalls jedoch darf man über diesen Termin hinausgehen.

Der Richter kann in einzelnen Fällen dem zu strafenden Psychopathen durch Auflegen einer Geldstrafe die Unterbringung in ein besonderes Straf-

gefängnis ersparen. Der dortige Aufenthalt würde mitunter einen schädlichen Einfluß auf ihn ausüben, und der Täter kann ja auch durch eine Geldbuße empfindlich bestraft werden. Nur muß beim Feststellen der Höhe dieser Geldbuße selbstredend auf die finanzielle Lage des Betreffenden Rücksicht genommen werden, denn die Möglichkeit, von den Vorteilen dieser Art der Strafbestimmung zu profitieren, muß ebenso gut dem Armen als dem Wohlhabenden geboten sein.

Drittens kann eine besondere Strafe die Form eines Verweises annehmen, und hierin erblicken wir nunmehr eine neue Hauptstrafe, die insbesondere für die straffälligen Psychopathen bestimmt ist. Diese Strafe kann nur bei geringfügigen Vergehen verhängt werden, für welche sonst Arrest oder Geldstrafe in Frage käme. Sie besteht in einer, an den Verurteilten gerichteten und sich auf die verübte Tat beziehenden, mündlichen oder schriftlichen Vermahnung.

Hier haben wir es demnach mit der gleichen Strafe zu tun, welche seinerzeit für die jugendlichen Übertreter eingeführt wurde. In vielen Fällen wird sie, wie der Minister mit Recht bemerkt, auf des Schuldigen Gemüt und Gewissen einen hinreichenden Eindruck machen, — so daß er künftighin im richtigen Geleise bleibt und sich nicht wieder solchen Verstoß zuschulden kommen läßt.

Eine große Verbesserung ist es, in sehr leichten Fällen und, wie der Entwurf lautet, wenn es sich um unverdorbene Übertreter handelt, den Verweis in Form einer schriftlichen Vermahnung erteilen zu können.

Sie wird, unter Umständen, dann schon einen so tiefen Eindruck auf den verurteilten Psychopathen machen, daß man ihn nicht abermals vor den Strafrichter zu zitieren braucht.

Aus dem bisher Angeführten geht hervor, wie dem Richter eine reichliche Auswahl Strafen, sowohl gewöhnliche als besondere zu Gebote steht, und er nach jeder Seite hin, sowohl der Schwere des Vergehens als auch dem Geisteszustand des Verbrechers Rechnung tragen kann.

Allein — es muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß in die gewöhnlichen wie auch in die besonderen Gefängnisse allerhand Personen zur Aufnahme gelangen werden, — alle strafbare Psychopathen —, die an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden. Allerdings wird ihr Verbleiben in diesen Anstalten in den meisten Fällen von nicht langer Dauer sein, obwohl der Aufenthalt mitunter, wenn die Internierung z. B. an Stelle einer Geldstrafe verordnet wird, sich über ein Jahr, wohl gar bis über ein Jahr vier Monate hinaus, ausdehnen kann. Angesichts dieses Umstandes wird es nötig sein, auch den Vorschlägen der Staatskommission von 1902 eine genügende Aufmerksamkeit zu widmen. Nicht allein die Ärzte, sondern auch das Wartepersonal der Gefangenenanstalten muß genügende Erfahrung in Behandlung und Pflege abnormer Personen haben. Es werden auch ein oder mehrere Annexe einzurichten sein für solche, bei denen sich zu Zweifel Anlaß gebende Symptome zeigen, oder die um irgendeiner anderen Ursache willen zeitweilig verpflegt werden müssen. Die Möglichkeit, auch akute Anfälle von Irrsinn im Gefängnis zu verpflegen, muß bestimmt vorgesehen sein. Und erst dann, wenn sich herausstellt, daß der Aufenthalt in dem Annexe von nachteiligem Einfluß auf den Patienten ist, oder daß man es mit einer chronischen Psychose zu tun hat, muß die Überführung in eine Irrenanstalt stattfinden.

Wenn nach dem Gesetze die Aufnahme von Psychopathen in die Gefängnisse geregelt ist, muß man noch mehr als bisher mit ihrer Gegenwart dort rechnen. Personen, die an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden, sind besonders disponiert zu anderen geistigen Störungen, die dem, was man für gewöhnlich „Geisteskrankheit“ nennt, gleichkommen. Vor allem werden nicht selten Verschlimmerungen vorübergehender Natur vorkommen, und gerade diese erfordern eine sorgfältige Behandlung, damit sich aus ihnen kein chronischer Zustand entwickle.

Es gibt also eine Gruppe von Psychopathen, die für zurechnungsfähig erklärt werden und deshalb die ihnen auferlegte Strafe tragen müssen, sei es nun in gewöhnlicher oder in besonderer Form.

Eine andere Gruppe von Psychopathen ist nicht zurechnungsfähig und darf nicht bestraft werden, weil auf Grund der Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung unmöglich geworden.

Der diesbezügliche Artikel 37 lautet: „Nicht strafbar ist, wer beim Begehen der Tat an Störung oder mangelhafter Entwicklung seiner Geistestätigkeit gelitten hat, wenn man ihm, aus diesem Grunde, die Tat nicht zurechnen kann.“

Die Abfassung dieses Artikels ist nicht deutlich klar. Man kann es so auffassen, als ob die geistigen Abweichungen sich so stark entwickelt haben, daß der Schuldige für keine einzige Tat mehr verantwortlich gemacht werden kann und darum auch nicht für das durch ihn verübte Verbrechen. Diese Auffassung erscheint mir als die am meisten rationelle, denn man kann doch kaum annehmen, daß für die

eine Tat wohl die Verantwortlichkeit vorhanden sein sollte, für die andere dagegen nicht.

Der Minister jedoch scheint andere Ansicht zu hegen; er meint, es müßte, dem Wortlaut entsprechend, ein bestimmter Zusammenhang bestehen zwischen der Geistesstörung und der betreffenden verbrecherischen Tat. In der Praxis wird dies sehr oft Anlaß zu großen Schwierigkeiten geben. Wir fragen uns: Bestehen bestimmte geistige Abweichungen, die das Verüben von verbrecherischen Taten veranlassen? Ist das Begehen einer strafbaren Tat nicht in den meisten Fällen auf die obwaltenden Umstände zurückzuführen — auf ungenügende Aufsicht — schlechte Versorgung oder dergleichen mehr? Bedroht uns nicht bei jeder ernstlichen Störung oder mangelhaften Entwicklung der Geistestätigkeit die Möglichkeit eines Verbrechens?

Mir erscheint es demnach, als ob kein deutlicher Zusammenhang zwischen Tat und Geistesstörung nötig wäre, wohl aber müssen die geistigen Abweichungen derart entwickelt sein, daß die Zurechnungsfähigkeit im großen und ganzen ausgeschlossen ist.

Als allgemeiner Grundsatz wird demnach angenommen, daß neben der ersten Gruppe von zurechnungsfähigen, demnach für Bestrafung in Frage kommenden Psychopathen, eine zweite Gruppe unzurechnungsfähiger Psychopathen zu beachten ist, die nicht strafbar sind.

Nun erhebt sich die Frage, wie man mit dieser zweiten Gruppe von Psychopathen zu verfahren habe. Bis jetzt konnte der Richter die Unzurechnungsfähigen in eine Irrenanstalt unterbringen, die Zurechnungsfähigen jedoch mußte er bestrafen.

In dem neu aufgestellten Entwurf bleiben die Psychopathen weiterhin nicht sich selbst überlassen, sondern es werden neue Vorschriften über ihre spätere Behandlung verfaßt. Die Aufgabe des Strafrichters jedoch ist beendet; er hat den schuldigen Psychopathen verurteilt, oder je nachdem ihm die Strafe erlassen; in beiden Fällen ist der Gerechtigkeit Genüge geschehen.

Und hiermit kommen wir zum zweiten Abschnitt unserer Ausführung, zur sogenannten „Zwangspflege", welche für den Psychiater jedenfalls die wichtigste Seite der vorgeschlagenen Gesetzentwürfe bildet.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Die nächste Versammlung wird am 27. Oktober d. Js. in Halle a. S. tagen. Vortrags-Themata sind bis längstens 1. August d. Js. an Geheimrat Professor Dr. Anton, Halle a. d. S., Kgl. Nervenklinik, Julius Kühnstr. 7, bekannt zu geben.

— **Hundertjahrfeier der Kgl Heilanstalt Zwiefalten.** Am 29. Juni konnte die Kgl. Heilanstalt Zwiefalten als 3. in ganz Deutschland den Gedenktag ihres 100jährigen Bestehens feiern. Die Feier nahm einen ebenso erhebenden wie alle Festgäste und die Kranken befriedigenden Verlauf. Zu der Gedenkfeier waren erschienen: Seine Exzellenz der Staatsminister des Innern Dr. von Pischek in Begleitung des Berichterstatters für das Gesundheitswesen, Ministerialrat Dr. Friedel, der Vorstand des Kgl. Medizinalkollegiums Präsident von Nestle mit dem psychiatrischen Berichterstatter im Kgl. Medizinalkollegium, Medizinalrat Dr. Camerer, der Dekan der Med. Fakultät der Universität Tübingen, Professor Dr. Gaupp, Vertreter sämtlicher Staats- und Privatheilanstalten des Landes, Sanitätsrat Dr. Prinzing als Vertreter des ärztlichen Landesvereins, die Bezirksbeamten, der Ortsvorsteher von Zwiefalten mit Mitgliedern der bürgerlichen Kollegien, eine große Zahl früherer Ärzte und Beamten der Anstalt und frühere Pfleglinge.

Die Feier wurde durch einen Festgottesdienst eingeleitet. Hernach begaben sich die Festteilnehmer in den Festsaal, wo die eigentliche Feier stattfand. Nachdem die von dem Orchester der Anstalt gespielte Jubel-Ouvertüre verklungen war, begrüßte der Direktor der Anstalt, Medizinalrat Dr. Krimmel, die Festgäste. Dann nahm Seine Exzellenz der Staatsminister des Innern Dr. von Pischek das Wort; er überbrachte Glückwünsche Seiner Majestät des Königs und der Kgl. Regierung und übergab die Auszeichnungen, die Seine Majestät der König anläßlich der Gedenkfeier an Beamte und Unterbeamte der Anstalt allergnädigst zu verleihen geruht hatte. Professor Dr. Gaupp, Vorstand der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten, beglückwünschte die Anstalt namens der Med. Fakultät der Universität Tübingen, Medizinalrat Dr. Kreuser, Direktor der Kgl. Heilanstalt überbrachte die Glückwünsche der Schwesteranstalt Winnental, des Deutschen Vereins für Psychiatrie und des Vereins Württb. Nerven- und Irrenärzte und übergab als Widmung seitens des letzteren Vereins eine Festschrift mit psychiatrischen Abhandlungen aus der Feder von Mitgliedern des Vereins. Beide Redner gedachten der großen Bedeutung der Anstalt für die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Psychiatrie und ihres bedeutenden Einflusses auf die Entwicklung des heimischen Irrenwesens. Sanitätsrat Dr. Prinzing sprach Grüße und Glückwünsche des Württb. ärztlichen

Landesvereins aus und Schultheiß Herter entbot den Gruß der Gemeinde Zwiefalten. Von dem Verein der südwestdeutschen Irrenärzte und von dem in Freudenstadt tagenden ärztlichen Landesverein, sowie von Seiner Exzellenz dem Staatsminister der Finanzen von Geßler und anderen Freunden der Anstalt waren Glückwunschtelegramme eingelaufen. Direktor Dr. Krimmel hielt die Festrede, in der er die Entwicklung der Anstalt kurz schilderte. Eine von dem Singchor und dem Orchester der Anstalt vorgetragene Hymne beschloß die Feier. Daran reihte sich ein Umgang durch die Anstalt, der den Gästen Gelegenheit bot, sich von den trefflichen Einrichtungen der Anstalt und der guten Unterbringung der Kranken zu überzeugen. Bei dem auf den Umgang folgenden Festessen brachte Direktor Dr. Krimmel einen Toast auf den König aus; Präsident von Nestle toastete auf seine Exzellenz den Minister des Innern und seine Exzellenz auf die Anstalt.

Nachmittags fand in den festlich geschmückten Gärten der Anstalt ein wohlgelungenes Gartenfest mit Bewirtung und Beschenkung der Kranken statt. Vorträge des Singchors und der Hauskapelle der Anstalt trugen zur Belebung des Festes bei. Es herrschte auch bald unter Kranken und Gästen ein fröhliches Treiben, dem gegen Abend ein Gewitterregen nur zu bald ein Ende machte.

Damit fand eine bedeutungsvolle Feier ihren Abschluß. Die äußerst rege Teilnahme an der Feier zeugt von der hohen Würdigung des Gedenktages, von der Wertschätzung, deren sich die Anstalt erfreuen darf, und von der großen Anhänglichkeit Gesunder und Wiedergenesener an die einstige Stätte ihres Wirkens oder ihres Leidens. Mögen sich all die Wünsche, die der Anstalt dargebracht worden sind, zum Wohle der Ärmsten der Kranken erfüllen!

— Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.

I. Sitzung, 30. Mai. Vormittags 9 Uhr. Aula der Universität. (Fortsetzung.)

Weber-Chemnitz hat eine Rundfrage erlassen an alle Irrenanstalten und psychiatrischen Kliniken Deutschlands über die Grundsätze bei Anwendung des Pflegschaftsparagraphen. Es zeigten sich große Verschiedenheiten in der Handhabung der Bestimmungen.

Den Begriff „geistige Gebrechlichkeit" hat man ausgedehnt nicht nur auf die leichteren, sondern auf alle Formen von Geisteskrankheit, auch auf solche, bei denen eigentlich eine Entmündigung durchgeführt werden könnte. Hier sollte die Pflegschaft eigentlich höchstens ein Provisorium sein. Auf keinen Fall dürfen bei der Frage finanzielle Gründe mitspielen, sonst kommt man zu dem Resultat: Für den Armen die Pflegschaft, infolgedessen keine Möglichkeit, sich dagegen zu wehren, — und für den Reichen die Entmündigung mit all ihren durch das Gesetz gegebenen Kautelen.

„Verständigung" ist ein juristischer Begriff. Die Definition von Jahrmärker: „Verständigung ist möglich, wenn der Kranke auch in gesunden Tagen zu derselben Willensentscheidung gekommen wäre" — ist sehr problematisch. Am besten wird man den Begriff sehr weit fassen, denn das Gesetz will doch, daß eine Pflegschaft ohne Einwilligung des Kranken eine Ausnahme bleiben soll. Man soll also im allgemeinen den letzten noch vorhandenen Rest der Persönlichkeit entscheiden lassen, auch mit Rücksicht auf die vielen Vorwürfe gegen die Psychiater über Beraubung der rechtlichen Freiheit.

In den meisten Fällen kann man wohl erklären: Eine Verständigung ist möglich, es kann aber keine Willenserklärung im Sinne des Gesetzes abgegeben werden.

Sehr verschieden sind die Ansichten darüber, von wem der Antrag gestellt werden kann und auf Grund welcher Tatsachen im einzelnen Fall entschieden wird, ob die Voraussetzungen zur Errichtung einer Pflegschaft gegeben sind. Einzelne Anstalten sind von den Behörden angewiesen, bei jeder Neuaufnahme eine Pflegschaft zu beantragen. Einzelne Gerichte nehmen ohne weiteres an, daß bei jedem Geisteskranken eine Verständigung nicht möglich sei; andere wieder lassen diese Frage durch einen jungen Referendar nach einmaligem Besuch des Kranken entscheiden. In den meisten Fällen wird allerdings eine gutachtliche Äußerung von seiten der Anstalt erbeten.

Von der Einsetzung einer Pflegschaft sollten Kranke und Anstaltsdirektion benachrichtigt werden.

Die Wiederaufhebung der Pflegschaft wird oft auf einfachen schriftlichen Antrag des Kranken verfügt, meist wird jedoch eine gutachtliche Äußerung über die Geschäftsfähigkeit verlangt.

Die Pflegschaft wird errichtet für persönliche oder für Vermögensangelegenheiten; für beides zusammen oder noch dazu für „allgemeine" Angelegenheiten, fällt tatsächlich schon in das Gebiet der Entmündigung.

Unzulässig ist es wohl auch, für die verschiedenen Angelegenheiten verschiedene Pfleger bei demselben Kranken zu ernennen.

Unentschieden ist es, ob der § 300 StGB. auch dem Pfleger, etwa dem Vermögenspfleger gegenüber gilt.

Man hat mit Recht der Pflegschaft ohne Zustimmung des Kranken vorgeworfen, sie sei ein sehr hartes Verfahren, oder eigentlich überhaupt kein Verfahren; sie darf deshalb auf keinen Fall dazu dienen, einen Kranken gegen seinen Willen in eine Anstalt zu bringen oder dort festzuhalten.

Trotz aller Bedenken hat sich die Pflegschaft im allgemeinen bei individueller Anwendung innerhalb der Irrenanstalt bewährt, wenn man sie nicht auf die Fälle ausdehnt, bei denen die Entmündigung am Platze ist.

Diskussion.

Leppmann. Diese Ansicht ist viel zu optimistisch, außerhalb der Anstalten ist die Pflegschaft bankerott. Wenn eine Verständigung nach Ansicht des Richters möglich ist, hebt er die Pflegschaft auf einfachen Antrag des — etwa entlassenen — Kranken wieder auf, ohne weitere Prüfung der wirklichen

Sachlage. Der Schaden für den Kranken ist dann oft schon groß genug, es kommen aber auch fremde Rechte in Betracht, Invalidenrente z. B., der Kranke versaust die Rente und fällt der Armenkasse zur Last, die Kranken in der Freiheit (z. B. jugendliche Degenerierte) machen Geschäfte, unterschreiben Wechsel usw. und die Familie muß erst in umständlichem Prozeßverfahren dies alles wieder anfechten.

Einmal wurde sogar ein Arzt auf Antrag des Kranken vom Gericht für haftpflichtig erklärt, weil er eine Verständigung für nicht möglich gehalten und so die Errichtung einer Pflegschaft gegen den Willen des Kranken veranlaßt hatte.

Es ist jetzt ein solches Mißtrauen und eine solche Nichtachtung der Sachverständigen in Richterkreisen entstanden, daß eine Änderung der Gesetzesbestimmungen über die Pflegschaft dringend nötig ist.

Es könnte die Entmündigung an ihre Stelle treten, aber diese macht den Kranken mundtot und schadet ihm, wird als Strafe angesehen und auch bezeichnet. Die Zukunft gehört der partiellen Entmündigung, ähnlich wie in dem alten code Napoléon.

Die jetzige Pflegschaft ist eine Verschlechterung gegen früher.

Fränkel. Bei den meisten Kranken ist eine Einwilligung nicht zu erlangen, und wenn sie erlangt wird, ist sie nicht rechtsgültig. Eine Verständigung ist nur möglich, wenn eine gewisse sinngemäße logische Kritik noch vorhanden ist.

Cramer. Das BGB. wollte eigentlich von der Pflegschaft nichts wissen. Wegen einzelner kleiner Mißstände kann jetzt nicht schon wieder die Klinke der Gesetzgebung in die Hand genommen werden. Der Sachverständige muß die richtige Fühlung mit dem Richterstande haben und individuell vorgehen.

Moeli. Der Zweck der Pflegschaft war, rasch eine Entscheidung herbeizuführen, ohne den Kranken zu schädigen.

Leppmann. Der ursprüngliche Entwurf der Pflegschaft wurde verwässert durch die Klausel der Einwilligungserklärung. Wie soll man mit dem Richter persönliche Fühlung haben bei 250 Richtern an einem Amtsgericht in Berlin? Der Gerichtsgebrauch ist jetzt so geworden, daß es anders werden muß. Es gibt Wellenbewegungen: augenblicklich taugen wir Psychiater in der richterlichen Meinung wieder einmal nichts. Eine Änderung des Gesetzes ist nötig, um die zweifellos bestehenden Schäden auszumerzen.

Weber (Schlußwort). Ich hatte bei der Kürze der Zeit mich nicht auf die lex ferenda eingelassen. Für chronische Alkoholisten und Jugendliche ist die Pflegschaft nicht geschaffen, sie darf eben nicht da angewandt werden, wo eine Entmündigung am Platze ist.

II. Sitzung, 30. Mai, nachmittags 2 Uhr, Hörsaal der Anatomie.

Geschäftliches.

Vortrag Siemens-Lauenburg: „Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die Grundursachen der Geisteskrankheiten". Erschien ausführlich in dieser Zeitschrift S. 101.

Es folgen die Demonstrationsvorträge:

Rittershaus-Hamburg-Friedrichsberg. „Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände." Vortragender berichtet über psychologische Versuche an Menstruierten. Bei Ermüdungsversuchen mit dem Weilerschen Arbeitsschreiber zeigte sich oft ein bedeutend früherer und steilerer Abfall der Kurve, oder gegen Ende der Kurve erschienen große Schwankungen, wohl infolge plötzlicher Willensantriebe, fast immer jedoch war — oft als einziger Unterschied gegenüber dem Normalen, — ein früheres Aufhören der Kurve zu bemerken; letzteres würde nach der bekannten Theorie, nach der die Größe der einzelnen Arbeitsleistungen von muskulären, ihre Anzahl aber von zentralen Einflüssen abhängig sei, — auf eine Steigerung der zentralen Ermüdbarkeit zur Zeit der Menstruation hinweisen. In einem Falle ähnelte jedoch die Menstruationskurve augenscheinlich der bekannten Kurve bei Unfallshysterikern, die unter der Autosuggestion der eigenen Insuffizienz nicht mit voller Kraft arbeiten, infolgedessen keine Ermüdungs-, aber auch keine Erholungserscheinungen zeigen, dabei aber auffallend lange zu arbeiten vermögen. („Wurmförmiges Dahinkriechen der Kurve" nach Buddee.)

Die Versuche mit fortlaufender Addition nach Kraepelin ergeben zum Teil ähnliche Resultate, jedoch waren hier die Befunde oft nicht ganz einwandfrei, anscheinend erschweren noch nicht genügend bekannte psychische Momente die Anwendung dieser Methode bei weiblichen Versuchspersonen bis zu einem gewissen Grade.

Die außerordentliche Erhöhung der Affekterregbarkeit läßt sich gut nachweisen und in Kurven darstellen durch die Methode der „Komplexforschung", die vom Vortr. etwas modifizierte Anwendung der sogen. „Tatbestandsdiagnostik" vermittels des Assoziationsexperimentes nach Art der Züricher Schule. (cf. Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. XV u. XVI.)

Es zeigte sich bei der mannigfachsten Versuchsanordnung, bei Anwendung gleicher und verschiedener Reizwortschemata, bei wenigen und vielen Komplexreizen, leichten und starken, bei Vornahme der Vergleichsversuche vor oder nach der Menstruation etc. trotz des Faktors der Gewöhnung eine deutliche Steigerung der Komplexempfindlichkeit, sowohl während der Menstruation — besonders am ersten Tage — als auch oft in der prämenstruellen Zeit.

Das gleiche in noch viel höherem Grade fand sich bei einer Reihe von unehelich Schwangeren der Erlangener gynäkologischen Klinik, wobei es ganz gleichgültig war, ob die Versuche in der Mitte oder gegen Ende der Schwangerschaft, einen oder mehrere Tage nach der Geburt vorgenommen wurden. Die Entbindung selbst hatte keinerlei Einfluß, etwa im Sinne einer Lösung der Affektspannung.

Ähnliche Befunde sind vielleicht auch in den übrigen Ausnahmezuständen des weiblichen Geschlechtes zu erwarten, in der Pubertät (Backfischalter) und im Klimakterium.

Diese hochgradige Affektlabilität ist nun aber

nach den Untersuchungen von Jung und Riklin — die Vort. durchaus bestätigen konnte — charakteristisch für Hysterie, so daß man vielleicht — cum grano salis natürlich — sagen kann, daß die meisten Frauen zu jenen Zeiten etwas hysterisch sind.

Gewissermaßen die Probe hierauf gab die Kurve einer schwangeren Hysterika, deren Komplexempfindlichkeit kaum noch zu überbieten war.

Die Freudschen Theorien sind zu all diesen Befunden natürlich weder Vorbedingung noch absolut notwendige Folgerungen.

Irgendwelche praktische Konsequenzen — etwa in forensischer Hinsicht — aus diesen Versuchen zu ziehen, wäre natürlich völlig verfrüht; sie sind nichts als eine Fortsetzung der von Wollenberg begonnenen Bestrebungen, diese Zustände mit den exakten Methoden des psychologischen Experimentes zu erforschen, und bedürfen selbstverständlich einer Nachprüfung und einer Ergänzung durch andere Methoden. (Eigenbericht.)

Diskussion.

Müller sah oft bei Unfallhysterie eine ziemliche Verschlimmerung der hysterischen Symptome zur Zeit der Menstruation. — Bei Nachprüfung der bekannten Sektionsbefunde Hellers fanden sich unter 281 Selbstmördern 77 weibliche, von diesen waren 49% menstruiert.

Urstein bestätigt die bekannte Erfahrung, daß viele Geisteskranke zur Zeit der Menses eine Verschlimmerung ihres Zustandes zeigen.

Rittershaus (Schlußwort): Die Versuche waren zunächst nur an geistig Gesunden vorgenommen worden. (Fortsetzung folgt.)

— **Fürsorge-Organisation für Geisteskranke und Geistesschwache in Mauer-Oehling, Niederösterreich.** Am 2. Juli d. Js. fand die feierliche Konstituierung obgenannter Organisation statt, und wurden gewählt: Regierungsrat Dr. Josef Starlinger als Vorstand, Primarius Dr. Wilhelm John als Schriftführer, Oberverwalter Karl Krombholz als Vorstandsstellvertreter und Kassierer; als Ausschußmitglieder: Frau Regierungsrat Marianne Starlinger, Mauer-Oehling, Konrad Jagersberger, Mühlenbesitzer, St. Anton a. d. Jeßnitz, Julius Mayerhofer, Schuldirektor, Lilienfeld, Anton Rührmayer, k. k. Landesgerichtsrat, Persenberg, Primarius Dr. Franz Sickinger, Ybbs. — Der heutige Stand der Organisation weist aus: 314 Vertrauensmänner, 840 Mitglieder, 4924 K. 05 H. an Mitgliederbeiträgen und Spenden.

— Die **neue dritte oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke bei Haar** wird im Herbst dieses Jahres bezogen. Die Stelle eines Oberarztes und eines Verwaltungsbeamten sind bereits für 1. September zur Besetzung ausgeschrieben, die Stellen zweier Anstaltsärzte und eines Kassiers für 1. Oktober.

Referate.

— Bumke, Prof. Dr. O., Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten (Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen). Zweite vollständig umgearbeitete Auflage. Jena, Gust. Fischer, 1911. 357 Seiten.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage (1904) seines Buches ist, wie Verf. bemerkt, die Lehre von den Irisbewegungen durch zahlreiche Arbeiten so sehr gefördert worden, daß eine beinahe vollständige Umarbeitung der meisten Kapitel notwendig geworden ist. Er selbst hat sich bekanntlich um die Förderung dieses Wissenszweiges sehr große Verdienste erworben. Die Absicht des Verf.s, durch diese Monographie möglichst vollständig alle gesicherten Tatsachen darzustellen und zugleich in die wichtigsten Probleme einzuführen, ist als bestens gelungen zu bezeichnen. Das Buch kann nur aufs beste empfohlen werden.

Für die Psychiatrie besonders interessant ist, daß als „für die Dementia praecox geradezu typisch", „für die Dementia praecox pathognomonische Pupillenanomalie", bezeichnet wird: „das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenem Lichtreflex". „Dieses Symptom ist da, wo es einmal entstanden ist, stets dauernd nachzuweisen" ... Allerdings wird die pathognomonische Bedeutung für die Dementia praecox durch die nachfolgende Angabe des Verfassers wieder eingeschränkt, daß das Krankheitszeichen „außer bei der Dementia praecox nur noch bei anderen, durch schwere organische Gehirnveränderungen bedingten Verblödungsprozessen, niemals*) aber bei Gesunden, beim manisch-depressiven Irresein oder bei sonstigen funktionellen Geisteskrankheiten vorkommt"; und dadurch, daß es „gelegentlich" schon in frühen Stadien der Dementia praecox „zur Entwicklung" kommt, sich „auf der Höhe der Krankheit" nur „in mehr als der Hälfte der Fälle" findet und erst „bei tief verblödeten Kranken" „fast niemals" fehlt. — Gleichwohl bedeutet es eine sehr wichtige und erfreuliche Bereicherung für die Diagnostik organischer Psychosen.

*) Nach Hübner fast niemals.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Der Hilfsarzt an der städt. Heil- und Pfleganstalt Dr. Steynes wurde zum Anstaltsarzt befördert.

— **Speichersdorf.** Assistenzarzt Marian Ehrlich am 1. Juli aus dem Dienst der Anstalt ausgetreten und nach Hamburg verzogen.

— **Leubus.** Direktor, Geheimer Sanitätsrat Dr. Wilhelm Alter tritt vom 1. 10. 12 ab in den Ruhestand.

— **Berlin.** Prof. Dr. Cramer, bisher in Breslau, hat sich in Berlin habilitiert.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

I. Ruhr.

Lüdke, Hermann, Dr., Privatdozent in Würzburg. Die Bazillenruhr. Mit vier Kurven im Text. Jena, G. Fischer, 1911. 239 S. 7. M.

Der Anstaltsarzt hat bekanntermaßen häufig mit Ruhrerkrankungen bei seinen Patienten zu kämpfen. Es ist ihm aber nicht immer möglich, sich über die Ruhrforschung auf dem Laufenden zu halten. Darum muß gerade ein Buch wie das vorliegende ganz besonders dem Anstaltsarzte empfohlen werden. Es orientiert in vollem Umfange und bis in alle Details auch den, der tiefer in das Studium der Bazillenruhr eindringen will. Die Einteilung des Stoffs zeigt die nachfolgende Inhaltsgliederung des Buches: Geschichte und Verbreitung der Bazillenruhr, Bakteriologie, pathologische Anatomie, Klinik der Ruhr, medikamentöse und diätetische Behandlung, Serumbehandlung, das Dysenteriegift, aktive Immunisierung, Agglutination durch Normal- und Immunserum von Tieren, Agglutination durch Krankenserum, Epidemiologie und Prophylaxe. Das Literaturverzeichnis umfaßt 377 Nummern.

Bei dem großen Interesse, das wir an der Ruhrforschung nehmen müssen, sei es gestattet, etwas näher auf den gegenwärtigen Stand derselben an der Hand des Buches von Lüdke einzugehen.

Der Inhalt dieser Monographie fußt in vielen und sehr wichtigen Punkten auf Lüdkes sehr zahlreichen eigenen Untersuchungen und Feststellungen. Wir hoffen durch das nachfolgende Referat zum gründlichen Studium des Buches anzuregen.

Morphologische Beschaffenheit der Ruhrbazillen. Die typische Grundform des Ruhrbazillus ist die eines plumpen, dicken, unbeweglichen Stäbchens. Der Streit über die Beweglichkeit ist dahin entschieden, daß eine Ortsveränderung nicht stattfindet, dagegen ein sehr lebhaftes Oszillieren auf der Stelle, eine sehr lebhafte „Molekularbewegung". Geraten zwei derartig oszillierende Bazillen aneinander, so kommt es vor, daß sie nach verschiedenen Richtungen auseinanderfahren. Die Ansicht, daß die Ruhrbazillen Geißeln besäßen, ist heutzutage fast allgemein aufgegeben. Nährboden und das Alter der Kultur beeinflussen die Form des Bazillus; es kommen auch kleine, fast Kokken gleichende Bazillen vor. Lüdke hat beobachtet, wie diese nach wenigen Generationen auf künstlichem Nährboden die typische Form annehmen. Der Dysenteriebazillus färbt sich mit allen Anilinfarben; bei auf Kartoffeln gezüchteten Bazillen kommt öfter deutliche Polfärbung vor. Nach Ausstreichen von etwas eitrigem Schleim mittels Platinpinsels auf Gelatineplatten (10 bis 15 prozentige Gelatine) erscheinen binnen 24 bis 48 Stunden die charakteristischen oberflächlichen Kolonien mit ihrer Weinblattform und zarten, durchsichtigen Beschaffenheit, und zwar in frischen Fällen so massenhaft, daß sie fast als Reinkultur imponieren und ihnen gegenüber die gröberen Kolonien des Bakterium koli beinahe verschwinden (Kruse). Die tiefen Kolonien sind rund oder oval, kleiner, leicht gelbbraun gefärbt (Lentz). Die einzelnen Ruhrstämme — Lüdke führt in einer übersichtlichen Tabelle deren zehn auf unter Angabe der morphologischen und kulturellen Eigentümlichkeiten, nämlich: 1. Shiga, 2. Kruse, 3. Müller, 4. Döberitz, 5. Barmen, 6. Flexner-New-Haven, 7. Flexner-Manila, 8. Morgenroth-China, 9. Y-Bazillus (Hiß und Russel), 10. Strong — zeigen gewisse Wachstumsverschiedenheiten auf Gelatine. Diffuse Trübung der Bouillon tritt nach 48 Stunden als dicker Niederschlag am Boden der Röhrchen bei allen Stämmen zutage, Indolbildung in Bouillon oder Peptonlösung findet beim Flexner-Stamm statt.

Wichtig ist, daß sich durch das Fehlen der Gasentwicklung in Traubenzuckeragar der Dysenteriebazillus fundamental von Koli-Arten unterscheidet.

Vom Shiga-Kruseschen Stamm des Ruhrbazillus wohl zu unterscheiden ist der Flexnersche durch dessen schlankere Form, die — nicht weinblattartige, sondern — runde Auflagerung in der Gelatineplatte, die Indolbildung in Bouillon und Peptonlösung, ferner dadurch, daß er nicht wie der Shiga-Krusebazillus lösliche Gifte an die Bouillon abgibt, und daß er Maltose und Mannit, Dextrose und Sacharose unter Säurebildung spaltet. Ein anderer wichtiger Ruhrstamm ist der Hiß-Russelsche Stamm Y und der Stamm Strong. — Der Ruhrbazillus unterscheidet sich vom Typhusbazillus durch seine Unbeweglichkeit, vom Bakterium koli, wie bemerkt, durch das Fehlen der Gasbildung in zuckerhaltigen Nährböden, durch Bildung blauer tautropfenähnlicher Kolonien auf Conrad-Drigalski-Platten und durch Nichtkoagulieren der Milch.

Als echte Ruhr bezeichnet man die durch den Shiga-Krusestamm verursachte Ruhr, als Pseudodysenterie die durch den Stamm Flexner oder Strong bedingten kleineren Epidemien und sporadischen Fälle mit leichterem Verlauf und günstigerer Prognose, namentlich auch die „Irrendysenterie". Bezüglich der „Sommerdiarrhöe der Kinder" schließt Lüdke auf Grund einiger Arbeiten, „daß der Bac. dysenteriae oder ein „Pseudodysenteriestamm" nicht in allen, durch schleimige oder blutige Stühle charakterisierten Fällen vorkommt und daß unter Umständen diejenigen Fälle, bei denen der Bac. dysenteriae isoliert war, klinisch nicht von denjenigen zu trennen waren, bei denen dieser Bazillus vermißt wurde." — Die Stämme der Pseudodysenterie-Bazillen sind in Typen unterschieden worden; von Hiß — durch Prüfung auf Zuckernährböden, durch die Absorptionsmethode und die Agglutinationsprobe — in drei: 1. den Y-Typus mit vier Stämmen, 2. den Strong-Typus mit einem Stamm, 3. den Harris-Typus mit vier Stämmen; von Kruse, — nach dem Verhalten auf Zuckernährböden, nach Agglutination durch hochwertiges Immunserum, bakteriziden Wirkungen der Immunsera und nach dem Verhalten aktiv immunisierter Tiere gegenüber den verschiedenen Rassen, — in sechs Typen, deren erster die „erste Hauptrasse" (Pseudodysenterie A) der in Deutschland am meisten angetroffene Typus sein dürfte. Er wurde von

Lentz in Saarbrücken, von Kruse in der Bonner Irrenanstalt und bei Enteritis follikularis von Jürgens in Gruppe gefunden. — Die Shiga-Krusestämme werden durch Immunsera aus Pseudodysenteriebazillen schwach oder überhaupt nicht agglutiniert. — Der Shiga-Krusesche Bazillus unterliegt leicht der Austrocknung sowie der Überwucherung durch andere Bakterien; in sterilen Medien mit selbst nur geringem Wassergehalt und wenigen Nährstoffen kann er relativ lange lebensfähig bleiben (zehn bis zwölf Tage, nach Dombrowski 75 Tage). An den Hemden Ruhrkranker wurde der Keim nur acht Tage lang (Rosculet), auf Gemüse und Früchten nur vierzehn Tage lang (Rosenthal) gefunden. Er geht in einer Temperatur von schon 60° C binnen zehn Minuten zugrunde. Der Flexnersche Bazillus stirbt schon bei 55 bis 60° C schnell ab, ist aber sonst gegen Temperatureinflüsse, gegenüber der Überwucherung durch Kolibakterien resistenter und gewinnt in der Konkurrenz mit dem Shiga-Krusebazillus schnell die Oberhand (Lentz). Die Shiga-Kruseschen Bazillen sind die virulentesten; $^1/_{20}$ bis $^1/_{50}$ Öse lebender Kultur, intravenös injiziert, tötet Kaninchen von $1^1/_2$ bis 2 kg, desgleichen $^1/_8$ Öse abgetöteter Kultur, subkutan injiziert; von Flexner- und Y-Bazillus ertragen sie dagegen $^1/_2$ Öse lebender Kultur. — Erzeugung von Ruhr bei Tieren durch Verfüttern von Bazillen ist nur in wenigen Fällen gelungen. Darmveränderungen, die bei Tieren nach subkutaner, intraperitonealer oder intravenöser Injektion lebender oder abgetöteter Ruhrkulturen auftreten, wie Nekrosen des Epithels und Geschwürsbildung in Dünn- und Dickdarm, sind durch das Gift der Ruhrbazillen bedingt und werden auch durch das isolierte Gift selbst allein hervorgerufen.

Pathologische Anatomie. Hinsichtlich der Darmveränderungen beim Menschen ist es, nach Lüdke, nicht angebracht, eine katarrhalische Ruhrform von einer diphtherischen als besondere Art zu trennen; beide Formen sind vielmehr nur verschiedene Grade desselben, durch die gleiche Ursache erzeugten Prozesses, die in einem und demselben Darm meistens nebeneinander vorkommen. In leichten Fällen findet man nur Rötung, Schwellung und Lockerung der Schleimhaut an den Schleimhautfalten, die mit einer schleimig-blutigen Ausschwitzung bedeckt sind. Das Exsudat enthält neben Schleimkörperchen zahlreiche Dysenteriebazillen. Bei zunehmender Intensität der Erkrankung folgen die charakteristischen kleienförmigen Abschilferungen des Darmepithels, dann die (diphtherische) Geschwürsbildung. — Vereinzelt finden sich diese Veränderungen auch oder nur im untersten Teil des Dünndarms. — Die Geschwüre sind teils einzelstehende, kleine, oft nur linsengroße, oberflächliche, unregelmäßige, bisweilen von wallartigem unterminiertem Rand begrenzte, quergestellte Schleimhautdefekte, teils größere, zusammenfließende, bis auf die Serosa sich erstreckende, teils ausgedehnte Geschwürsflächen, in denen die einzelnen Geschwüre verwischt sind; die Farbe ist weißgrau, die der umgebenden Schleimhaut intensiv rot, oft schwarzrot und grünschwarz. Ausgeheilte Geschwüre bilden flache, schiefrig pigmentierte Narben, papillöse Exkreszenzen, vereinzelt Verengerungen des Darms. In einzelnen Fällen kommt auch Follikelerkrankung zur Beobachtung. Die chronische Dysenterie ist gekennzeichnet durch Verdickung und Induration der Dickdarmwand, schiefergraue Pigmentierungen, Fehlen des Epithels und der Drüsen, der Submukosa und Muskularis, statt deren man streifiges Bindegewebe findet, mattes, glanzloses Aussehen der Schleimhaut, stellenweise Verengerung und Erweiterung des Lumens. Abszesse in den übrigen Organen, besonders Leber, Thrombosen sind auf Amöbeninfektion zu beziehen. Die Milz ist in der Regel unverändert, die Mesenterialdrüsen meist geschwollen. Zuweilen fand sich braune und fettige Degeneration des Herzmuskels. Von Markwald wurde in einem Fall Bazillenruhr beim Fötus einer ruhrkranken Mutter konstatiert.

Die Klinik der bazillären Dysenterie braucht trotz der Möglichkeit des Bazillennachweises nicht gering geschätzt zu werden, da, wie Lüdke sagt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Diagnose „Ruhr“ aus dem leicht erkenntlichen klinischen Befund gestellt werden können wird, „so daß oft die exakte Feststellung der jeweiligen Spielart für rein praktische Zwecke oft nicht unumgänglich notwendig erscheint.“ Dagegen ist nach Lüdke vom bakteriologischen Standpunkt aus und mit Hinsicht auf die spezifische Serumbehandlung eine genaue Charakterisierung des die Epidemie verursachenden Stammes erwünscht. „Die exakte Diagnosenstellung der Bazillenruhr ist erst mit dem Nachweis der spezifischen Erreger im Stuhl abgeschlossen.“

Wir übergehen die klinische Symptomatik der Bazillenruhr als ein reichlich bekanntes Gebiet*) und weisen nur auf die von Lüdke besonders hervorgehobenen Nachkrankheiten hin, nämlich den Ruhrrheumatismus, die Konjunktividen, die Herz- und die Nervenkrankheiten. Manche Autoren berichteten von einem recht hohen Prozentsatz an Herznachkrankheiten, bis 42%; es kommt Endo-

*) Nur ganz kurz sei daran erinnert: Die Symptome sind in der Hauptsache vom Charakter der Toxämie. Die Inkubationszeit beträgt ca. 9 Tage (2 bis 10); Prodrome, Unwohlsein, Mattigkeit, Magenkrämpfe, Leibschmerzen, Erbrechen fehlen oft. Beginn plötzlich mit Schüttelfrost, Diarrhöe, Durst, Appetitmangel, Schwäche. Fieber fehlt meistens. In schweren Fällen ist der Puls selbst bei normaler Temperatur sehr beschleunigt und klein, die Haut fettig, glanzlos, die Augen eingesunken, die Zunge grauweiß belegt, trocken; der Leib flach oder kahnförmig eingezogen, druckempfindlich; der Dickdarm oft wurstförmig abtastbar. Selbst in mittelschweren Fällen beträgt die Zahl der krampfartigen, schmerzhaften Stuhlgänge 20 bis 50 am Tage, in schweren Fällen finden sie fortwährend statt unter Entleerung ganz geringer Mengen von glasigem bluthaltigem Schleim oder fleischwasserähnlicher, gelbrötlicher Flüssigkeit mit bräunlichen oder schwarzrötlichen Blutklümpchen. Die Entleerung riecht sperma- oder leimähnlich. Auch reine Blutentleerungen können vorkommen. Oft, gegen Ende der ersten und in der zweiten Woche, findet sich Eiter dabei. Der Schleim erscheint oft nur von blutigen Streifen oder Punkten durchzogen. Manchmal färbt sich die braunrote Stuhlentleerung beim Stehen grünlich. Auch Sago-ähnliche Schleimklümpchen werden gefunden. Dauer der Krankheit zwei bis drei Wochen, selten nur einige Tage; in schweren Fällen zwei bis vier Wochen. Mortalität bei Shiga-Krusestämmen 10 bis 20, selbst 50 Proz., bei den anderen Formen 0 bis 10 Proz.

karditis, Muskel- und nervöse Erkrankung, Erweiterung vor. Nach Ruge und Lüdke ist eine plötzliche Beschleunigung und Verkleinerung des Pulses, d. h. das Sinken der Herzkraft, das Zeichen, daß der Fall einen schweren Verlauf nimmt. Von Nervennachkrankheiten kommen Neuritiden und Lähmungen vor. Es wird nicht selten Komplikation von Ruhr mit Malaria, vereinzelt mit Typhus und mit Flexner-Dysenterie beobachtet.

Behandlung. Es wird von verschiedener Seite empfohlen, zu Beginn morgens und nachmittags je einen Löffel Rizinusöl oder große Dosen Kalomel, wenigstens 0,59, zu geben, damit ausgiebige Kotentleerung erfolgt. Scheube verordnete Kalomel 0,3 bis 0,5, alle vier bis sechs Stunden, im ganzen 3,0 bis 4,0 g, sogar bis zu 9,0 g, bei bestehender Verstopfung zwischendurch einen bis zwei Eßlöffel Rizinusöl.

Kartulis und Plehn gaben 0,05 g Kalomel zehn- bis zwölfmal täglich. Andere empfehlen Ipekakuanha, mit und ohne Opium und Kalomel, z. B. Rad. Ipecac. 0,12, Kalomel 0,06, Opii pur 0,015, anfänglich stündlich, bis fünf oder sechs Pulver genommen sind, dann zweistündlich, wieder andere Natrium sulfuricum 10,0, Aq. dest. 200,0, viermal in dreistündigen Zwischenräumen gegeben, bis Schleim und Blut und Tenesmus geschwunden. Ford hat von Einläufen mit physiologischer Kochsalzlösung Erfolg gesehen. Auch Tanninklystiere wurde empfohlen. Als Kost wird empfohlen: Schleimsuppen, Abkochungen von Reis oder Gerste ohne Zuckerzusatz, Eichelkakao oder Tee mit etwas Milch. Feste Nahrung soll erst gegeben werden, wenn ca. zwei Wochen fäkulante Entleerungen stattgefunden haben. Heiße, trockene Leibumschläge, sowie Morphium- und Kokainsuppositorien mildern die Schmerzen. Bei Darmblutungen Gelatineinjektionen, Sekale, Morphium. Bei Gelenkschwellungen Salizylpräparate. Bei chronischer Dysenterie (Kolitis ulcerosa chronica) brachte Anlegung eines Anus präternaturalis zwecks Entlastung des Dickdarms von der Kotpassage und Darmspülungen in einer beträchtlichen Zahl der so behandelten Fälle Heilung.

(Fortsetzung folgt.)

Anstaltstechnisches.

— Für die Einkochzeit dürfte den Anstaltsverwaltungen ein eingehender Hinweis auf den als ältesten Konservenkrug weltbekannten, durchaus bewährten **„Krumeich's Einkoch-Konservenkrug"** ganz besonders willkommen sein, der für jede Küche zum Einkochen von Obst und Gemüse, aber auch von Fleisch, unentbehrlich ist. Das Material des Kruges — braun-salzglasiertes Steinzeug — in Qualität der Selterswasserkrüge, ist porenfrei und säurefest. Große Vorzüge sind: Krumeich's Einkoch-Konservenkrug zerspringt nicht beim Kochen und verträgt die schroffste Abkühlung; die Naturfarbe und Frische der Konserven wird jahrelang garantiert, weil beim Krug die schädliche Einwirkung des Lichtes ausgeschlossen ist und der Inhalt in den dicken Steinwänden kühl bleibt; ferner: die weite Halsöffnung macht das Einlegen und Herausnehmen der Konserven



bequem, und das sorgfältige Reinigen der Gefäße leicht und gründlich ausführbar. Der Krug ist mit rostfreiem Deckel aus Rein-Aluminium ausgestattet. Der Verschluß ist hermetisch, denkbar einfach und absolut sicher. Der Steinzeug-Krug „mit Glas-Deckel" ist nämlich heute noch ein von der Technik ungelöstes Problem und wird es voraussichtlich bleiben, denn der Steinzeugkrug erfordert eben einen Deckel, der durch sein elastisches Sichanschmiegen imstande ist, allenfallsige Unebenheiten auszugleichen und dadurch eine völlig hermetische Abdichtung zu sichern; Abschleifen des Krugrandes würde Zerstörung der Glasur und Entstehung poröser Stellen bewirken. Der Krug wird in den Größen: 1/2, 3/4, 1, 1 1/2, 2, 3, 4, 5 Liter hergestellt. — Ein Einkochapparat ist überflüssig, doch, wo vorhanden, verwendbar; jeder Topf genügt dazu.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 17. 27. Juli 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

(Aus der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter, Direktor: Medizinalrat Dr. med. Gerlach.)

Luminal.

Von Oberarzt Dr. med. *Hermann Meyer*.

Von den Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co. in Elberfeld wurde der hiesigen Anstalt im Oktober 1911 ein Schlafmittel zur Prüfung überlassen, das nunmehr den Namen Luminal erhalten hat.

Nach Mitteilung genannter Firma stellt das Mittel chemisch Phenyläthylbarbitursäure dar.

Das Präparat wurde zunächst per os in Pulverform (à 0,25), in Tabletten (à 0,2, neuerdings à 0,3), sowie sein Natriumsalz in Lösung (2,0 + 10,0 Aq. und 4,0 + 10,0 Aq.) subkutan verwandt. Die Tabletten haben einen Teilstrich und lassen sich leicht halbieren. Sie wurden dem Pulver allgemein vorgezogen und deshalb vorzugsweise verabreicht.

Nachdem wir jetzt (Ende April 1912) über 300 Dosen zu 0,2, 0,4, 0,6) teils innerlich, teils subkutan angewandt haben, teile ich im folgenden unsere Resultate mit:

Zunächst erhielten das Präparat erregte Paralytiker (Frauen). Es stellte sich heraus, daß auf 0,4 fast stets nach 1 bis 1½ Stunden Schlaf oder wenigstens Beruhigung eintrat. Eine kumulative Wirkung war nicht zu bemerken. Eine sehr unruhige Frau erhielt nacheinander bald innerlich, bald subkutan 25 mal das Präparat zu 0,2 und 0,4, ohne daß irgendwelche Nachwirkungen in Erscheinung traten.

Dann versuchten wir das Mittel bei Erregungszuständen von Epileptikern. Hier war die Wirkung geradezu frappant. Bei den hochgradigsten Erregungen trat auf 0,4 nach etwa ¾ bis 1 Stunde völlige Ruhe mit sechs- bis achtstündigem Schlaf ein. Sehr häufig genügte schon 0,2.

Als sehr wirksam erwies sich ferner das Mittel in der Dosis von 0,2 bis 0,3 bei Erregungszuständen und Schlaflosigkeit von arteriosklerotischen Geistesstörungen und Altersdemenz.

Weiterhin gingen wir dazu über, das Mittel bei Schlaflosigkeit und Erregungszuständen aller Formen von Geisteskrankheiten zu erproben.

Um die Wirkung zu studieren, wurde das Luminal nicht nur des Abends, sondern auch am frühen Morgen (6½ Uhr vormittags), am Vormittage (11 Uhr) und am Nachmittage (2 Uhr) bei den verschiedensten Krankheitsformen gegeben.

Bei nicht erregten Kranken genügte — selbst nach gutem Schlafe während der Nacht — oft schon 0,2, stets aber 0,3, um einen sechs- bis achtstündigen Schlaf hervorzurufen. Der Eintritt der Schlafwirkung war allerdings ziemlich ungleichmäßig, bei manchen trat schon nach Verlauf von 20 Minuten bis eine halbe Stunde Schlaf ein, bei anderen ließ die Wirkung 1 bis 1½ Stunden auf sich warten.

Ein Unterschied in der Wirkung — ob morgens früh oder später verabreicht — ließ sich nicht konstatieren. Auch reagierten dieselben Patienten stets in derselben Weise auf das Mittel: War bei einem Kranken der Schlaf nach kurzer Zeit eingetreten, so trat er auch — nach Unterbrechung und Wiederaufnahme des Versuchs — in der Folgezeit wiederum nach kurzer Zeit auf. Hatte der Versuch das erste Mal eine Spätwirkung (über 1 Stunde) ergeben, so war die Steigerung der Dosis nicht von wesentlichem

Einfluß für den Eintritt des Schlafes, wohl aber für seine Dauer.

Oftmals wurde beobachtet, daß der Schlaf und die Ruhe, wenn das Mittel abends verabreicht wurde, noch am nächsten Tage anhielt.

Unangenehme Nebenwirkungen wurden bis auf einige Fälle, auf die ich später eingehen werde, so gut wie gar nicht beobachtet, insbesondere wurde nie über Kopfschmerz oder Eingenommenheit des Kopfes geklagt, selbst dann nicht, wenn die Dosis bis auf 0,6 und einmal sogar bis auf 0,9 gesteigert wurde. Eiweiß wurde im Urin nie gefunden.

Über Übelkeit und Taumelgefühl am anderen Morgen klagte eine Frau, die auf 0,2 bereits sehr fest schlief. Diese Patientin ist aber offenbar sehr empfindlich gegen Arzneimittel, denn auch nach einer ganz geringen Dosis Pantopon hatte sie früher die gleichen Klagen.

Erbrechen am anderen Morgen trat bei den 300 Dosen nur in drei Fällen ein, wo expermenti causa 0,6 gegeben war.

Erwähnen möchte ich, daß bei einer Kranken während der Luminalbehandlung ein scharlachähnliches Exanthem auftrat, — ob als Folge des Mittels lasse ich dahingestellt, teile aber die Beobachtungen die ich bei dieser Kranken machte, im folgenden kurz mit:

E. F., seit 1903 in der Anstalt, 33 Jahre alt, leidet an Dementia praecox mit zeitweisen Erregungszuständen.

13. Januar 1912. Zerstörte ohne jede Veranlassung. Sehr laut. 2 Tabletten Luminal à 0,2.

4. Jan. Hat geschlafen.

5. Jan. Wieder sehr unruhig. 2 Tabletten Luminal à 02.

6. Jan. In der Nacht ruhig, am Tage laut.

7. Jan. Wieder laut. 2 Tabletten Lum. à 0,2.

8. Jan. Nachts ruhig, schlief. Soll jeden Abend 2 Tabl. Lum. à 0,2 erhalten.

10. Jan. Wesentlich ruhiger. Leicht benommen.

13. Jan. Schläft fast fortwährend. Gesicht gerötet. Luminal ausgesetzt. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

14. Jan. Hat am ganzen Körper einen kleinfleckigen intensiv roten Ausschlag. Klagt über Kopfschmerzen. Temperatur vormittags 38,1°, mittags 39,3°, abends 39,0°.

Ordinat. Flüssige Diät und — da nachweislich seit zwei Tagen kein Stuhlgang — zwei Eßlöffel Olei Ricini.

15. Jan. Heute früh 37,5°, mittags 38,0°, abends 38,4°. Keine Mandelschwellung, nirgends Drüsenschwellung. Ricinusöl hat nicht gewirkt. Einläufe.

16. Jan. Heute früh 36,5°, mittags 37,4°, abends 37,8°. Exanthem unverändert.

17. Jan. Exanthem verblaßt. Sensorium frei. Temperatur nicht über 36,9°.

19. Jan. Exanthem verschwunden. Keine Temperatursteigerung.

Derselben Kranken wurde dann Anfang und Ende April noch einmal Luminal gegeben. Diesmal wurde vorher dafür gesorgt, daß der Darmkanal genügend entleert wurde. Anfang April trat nach zweimal 0,4 nochmals eine ganz leichte Röte des ganzen Körpers ohne Temperatursteigerung auf. Bei dem Versuch Ende April war keine Rötung mehr zu bemerken. Jedesmal war die Wirkung bezüglich Ruhe und Schlaf sehr intensiv.

Vereinzelt wurde in allerletzter Zeit das Präparat auch an Geistesgesunde verabfolgt. Auf 0,2 bis 0,3 trat nach 30 bis 45 Minuten ein fester, natürlicher Schlaf ein, der am nächsten Tage noch nachwirkte. Über unangenehme Nebenerscheinungen wurde nie geklagt.

Die Wirkung der subkutanen Anwendung war im großen und ganzen der der Tabletten ähnlich, ließ aber wesentlich länger auf sich warten. Erst nach 1½ bis 2 Stunden trat Beruhigung und Schlaf ein, auch war die Wirkung weniger nachhaltig, da sie meist nur 4 bis 5 Stunden anhielt.

Das Mittel bei Alkoholikern anzuwenden, fehlte es an Material.

Vergleicht man die Wirkung des Luminals mit anderen Schlafmitteln, so geht mein Urteil dahin, daß das Luminal intensiver und nachhaltiger wirkt als irgendein anderes Hypnotikum, ohne irgendwie Nebenerscheinungen zu verursachen.

Seine Wirkung als Sedativum scheint mir dazu berufen zu sein, in vielen Fällen das Hyoscin zu ersetzen.

Das Resultat meiner Beobachtungen möchte ich im folgenden zusammenfassen:

1. Luminal ist ein stark wirkendes Hypnotikum und Sedativum.

2. Als Dosis ist mit 0,15 (einer halben Tablette) bei einfacher Schlaflosigkeit, mit 0,45 (1½ Tabletten) bei Erregungszuständen zu beginnen.

3. Bei subkutaner Anwendung des Natriumsalzes des Luminals ist nicht unter 0,4 zu geben.

Die neuen Niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen.

Von Direktor Dr. *D. Schermers*, Sanatorium für Nervenkranke in Zeist.

(Fortsetzung.)

II.

Weil nun die Aufgabe des Strafrichters erledigt ist, wird der Psychopath dem Zivilrichter überwiesen, um weiterhin zu Verfügung des Staates gestellt zu werden; zuvor bestimmt der Strafrichter noch, ob die Zuverfügungstellung bedingt oder unbedingt zu verordnen sei.

In ausführlicher Weise verteidigt der Minister sowohl vom theoretischen wie vom praktischen Gesichtspunkte aus die Arbeitsverteilung zwischen Straf- und Zivilrichter. Er erörtert näher, wie die Bestimmung der Strafe dem Strafrichter, die Anordnung der Behandlung aber dem Zivilrichter zukomme.

Dieses Prinzip wird aber nicht ganz konsequent befolgt, denn die Frage, ob der Psychopath bedingt oder unbedingt zur Verfügung des Staates zu stellen sei, berührt eigentlich schon das Gebiet des Zivilrichters.

Der Minister jedoch ist der Meinung, daß der Strafrichter am besten zu beurteilen imstande wäre, ob das Gemeinwohl es erfordert, daß sich an die Strafe eine unmittelbare Behandlung des Schuldigen anschließe.

Meines Dafürhaltens nach ist diese Teilung nicht unwichtig, in allen Fällen ist es angenehmer für das Gefühl des Psychopathen und seiner Angehörigen, wenn seine Angelegenheit aus den Händen des Strafrichters in die des Zivilrichters übergehen kann. Auch für die Erledigung jener Fragen, welche dann an die Reihe kommen, wenn die Zurverfügungstellung in Kraft tritt, erscheint der Zivilrichter mir noch mehr die maßgebende Persönlichkeit zu sein, als der Strafrichter.

Es fällt uns nunmehr auf, daß die Verweisung an den Zivilrichter nur dann geschieht, wenn es das Wohl der allgemeinen Sicherheit erfordert. Mit keiner Silbe wird das Wohl des Psychopathen selbst auch nur erwähnt!

Der jetzt bestehende Art. 37 läßt dem Richter die Beschlußfreiheit vollkommen, er führt nur an, daß derselbe die eventuelle Unterbringung in eine Irrenanstalt verordnen kann. Ob er dies nun um der allgemeinen Sicherheit willen oder im persönlichen Interesse des Leidenden beschließt, bleibt dahingestellt.

Die Staatskommission vom Jahre 1902 schlägt eine Abänderung dieses Artikels vor, worin bestimmt wird, daß die Aufnahme in eine Irrenanstalt durch den Richter verordnet werden muß, falls die öffentliche Ordnung oder Sicherheit solches erheischt. Sie schlägt jedoch auch vor, daß der Richter die sofortige Überführung anordnen kann, wenn es der Zustand des Unzurechnungsfähigen um seiner selbst willen erfordert.

Es erscheint mir, als ob man hier nicht allein die allgemeine Sicherheit zu berücksichtigen habe, sondern auch das Wohl des Psychopathen selbst im Auge behalten muß. Es ist gar wohl möglich, daß im Interesse der gesellschaftlichen Ordnung eine Zuweisung an den Zivilrichter noch nicht nötig erscheint, und es doch vom größten Belang für den Kranken selbst wäre, wenn er gezwungen würde, sich unter ärztliche Behandlung zu begeben. Die Möglichkeit, eine strafbare Handlung zu begehen, hängt oft eng zusammen mit allerlei eigenartigen Umständen, und man braucht doch wahrlich nicht zu warten, bis durch ein schweres Verbrechen die allgemeine Sicherheit gefährdet würde. Gerade dadurch, daß man den Psychopathen rechtzeitig unter ärztliche Behandlung stellt, kann man oft schon prophylaktisch die Gefahr einer eventuellen Störung der allgemeinen Ordnung beseitigen. Der Entwurf hinkt hier auf beiden Seiten und sehr mit Unrecht setzt man sich nie vollständig über die verübte Tat hinaus; vom Gesichtspunkte der Verpflegung aus ist sie in den meisten Fällen von untergeordneter Bedeutung und muß der Zustand des Psychopathen den Ausschlag geben.

Diese Unzulänglichkeit drückt um so schwerer, als nach Art. 37 die Entscheidung der Frage: ob das Gemeinwohl es erfordert, daß der Psychopath dem Zivilrichter zugewiesen werde, nicht allein dem Urteil des Strafrichters unterliegt.

Diese Zuweisung darf nur dann erfolgen, wenn es sich um eine ernste Tat handelt, die im Verband mit Betrunkenheit, Bettelei oder Landstreicherei als Verbrechen oder Übertretung anzusehen ist.

Durch diese Bestimmung wird das Interesse des Psychopathen eigentlich noch mehr in den Hintergrund gerückt; alles hängt jetzt nur noch ab von der Art des Vergehens, das in Frage kommt. Wie ich vorhin schon darlegte, steht in vielen Fällen das Verbrechen nicht in direktem Zusammenhang mit der geistigen Abnormität des Beschuldigten. Es ist sehr wohl möglich, daß derselbe dringend der Behandlung und Pflege bedarf, ohne daß er ein

schweres Verbrechen verübte, während ein anderer, welcher deswegen doch noch keine besondere Pflege nötig hat, zufälligerweise eine Tat begeht, die ihn straffällig werden läßt. Es erscheint mir demnach sehr erwünscht, daß dem Richter wieder wie bisher völlig unbeschränkte Beschlußnahme gelassen werde und man ihn nicht durch schematische Vorschriften in Fesseln schlage.

Es muß ihm ganz und gar freistehen, ob er den Psychopathen dem Zivilrichter zuweisen will oder auch nicht, um von letzterem, mit oder ohne Vorbehalt, zur Verfügung des Staates gestellt zu werden. Dem Strafrichter stehen hinlänglich Belege zu Gebote, um, in Berücksichtigung des Gemeinwohls sowie des persönlichen Interesses des Psychopathen ein gerechtes Urteil zu fällen.

Der Entwurf scheint hier nicht genügend zu unterscheiden, daß bei der Strafe die Interessen der bürgerlichen Gesellschaft in den Vordergrund treten, die des Täters zurückbleiben; bei der Behandlung dagegen geht — umgekehrt — das Wohl des Betreffenden vor, während das des öffentlichen Lebens mehr verblaßt.

Das weitere Verfahren gegen den Psychopathen liegt nunmehr dem Zivilrichter ob; derselbe hat dabei die Vorschriften der bürgerlichen Gesetze, für welche ebenfalls der Entwurf von seiten des Ministers eingereicht wurde, zu beachten.

Ausführlich wird im Gesetz angegeben, wie die Behandlung der Angelegenheit nun weiterhin zu regeln sei. Der Richter muß, wenn möglich, die zur Verfügung gestellte Person verhören, auch kann er die Zeugen und Sachverständigen (die Ärzte werden hier speziell erwähnt) vernehmen lassen. Innerhalb eines Monats muß er seinen Beschluß fassen, der alsdann öffentlich verkündet wird.

Stellt es sich nun heraus, daß der Psychopath unzurechnungsfähig ist, demnach nicht für strafbar erklärt wird, und er in Verbindung hiermit, ohne Vorbehalt zur Verfügung des Staates gestellt werden muß, so kann der Richter die Aufnahme in eine Irrenanstalt verordnen. Nachdrücklich wird in der Ergänzungsnote darauf hingewiesen, daß diese Aufnahme nur dann geschehen darf, wenn der Beschuldigte, im Sinne des Gesetzes, für geisteskrank anzusehen ist. Die Schwierigkeit liegt nun wieder darin, daß weder in diesem Gesetze noch in irgendeinem anderen angegeben wird, in welchem Sinne das Gesetz die Geisteskrankheit auffaßt; selbstverständlich ist dies ja auch schwer, und darum wohl überläßt man alles dem Arzte, der nach seinem Dafürhalten dem Richter Auskunft erteilen wird, ohne jedoch dessen freie Beschlußnahme irgendwie zu beschränken.

Es ist auffallend, daß in dem Gesetz weiterhin mit keinem Wort mehr dieser geisteskranken Psychopathen, die in Anstalten verpflegt werden, Erwähnung geschieht; es tritt doch nicht selten zutage, daß diese Patienten gefährlich oder fluchtverdächtig sind; dagegen bestimmt das Gesetz noch im voraus, daß für die Pflege dieser Geisteskranken ein oder mehrere einzurichtende Reichsasyle oder nach Vereinbarung mit der Verwaltung derselben eventuell auch andere Anstalten in Betracht kämen.

Nun haben wir hierzulande die Wahl zwischen zwei Reichsanstalten — die eine zu Medemblik, die andere zu Grave. Ernstliche Beschwerden erheben sich gegen die Anstalt zu Medemblik; dieselbe entspricht nicht mehr den Anforderungen der Jetztzeit, sie liegt sehr weit ab — auch lassen die hygienischen Zustände viel zu wünschen übrig. Die Anstalt zu Grave ist nur für Frauen bestimmt, liegt gleichfalls sehr einsam und eignet sich in keiner Weise für eine erhebliche Erweiterung.

Diese Schwierigkeiten, auf welche schon die Staatskommission von 1902 sehr nachdrücklich gewiesen, sind noch immer nicht beseitigt. Der Bau einer weiteren Reichsirrenanstalt, im Zentrum des Landes und in einer gesunden Gegend gelegen, bleibt immer dringend nötig. Ich weise nochmals darauf hin, weil der Richter selbstredend auch eine Anstalt, worin geisteskranke Psychopathen, wie es sich gebührt, verpflegt werden können, zu seiner Disposition haben muß.

Da die Erfahrung lehrt, daß sich unter den geisteskranken Psychopathen solche befinden, die gefährlich sind oder zu Fluchtversuchen neigen, schlug die öfter genannte Staatskommission vor, den Bau in gesondert gelegenen Abteilungen auszuführen, so eingerichtet und von solchem Pflegepersonal versehen, daß eine Gefahr für die Umgebung so viel als möglich vermieden und einem Entfliehen vorgebeugt würde. Der Bau einer neuen Reichsirrenanstalt, im Zentrum des Landes gelegen und mit einer nach jeder Richtung hin zufriedenstellenden Sonderabteilung vorgesehen, wird denn auch durch jene Staatskommission warm empfohlen. Späterhin hoffe ich noch einmal bei Besprechung der Reichsasyle darauf zurückzukommen.

Es gibt aber auch schuldige Psychopathen, die zurechnungsfähig befunden werden und demnach zu einer Freiheitsstrafe verurteilt werden können. Wenn solche Personen ohne Vorbehalt zur Verfügung des Staates gestellt werden, so kann der Richter be-

stimmen, ob diese Strafe vor oder nach Beendigung der Zwangspflege zu verbüßen sei. Es bietet sich demnach die Möglichkeit, daß der Psychopath im Interesse der allgemeinen Sicherheit vorerst während einer bestimmten Zeit verpflegt wird, um hernach sich seiner Strafe zu unterziehen.

Der Richter hat völlige Freiheit, nach dem Tatbefund zu urteilen, obwohl es für den Patienten wohl keine angenehme Aussicht bieten mag, stets denken zu müssen, daß eine Freiheitsstrafe seiner harret, wenn die Pflege zu Ende ist.

Der Richter bestimmt also, daß der zur Verfügung der Regierung gestellte Psychopath während einer bestimmten Zeit — nicht kürzer denn ein und nicht länger denn fünf aufeinanderfolgende Jahre — von Staats wegen verpflegt werden soll. Dieses darf aber nur dann geschehen, wenn es sich um eine Übertretung oder um ein Vergehen handelt, das nicht mit Überlegung verübt wurde, oder um ein Preßdelikt. Wenn jedoch die Zuweisung auf Grund eines anderen Verbrechens oder mehrerer strafbaren Taten verhängt wurde, dann erstreckt sich die Dauer der gesetzlich bestimmten Frist über nicht weniger denn zwei und nicht mehr denn zehn Jahre. Die Zeit wird je auf ganze Jahre oder Monate im voraus bestimmt.

Hier also wird auch an dem Grundsatz, daß beim Beschluß des Zivilrichters lediglich die Art des Vergehens und nicht der Zustand des Psychopathen den Ausschlag gibt, festgehalten. Allein bei der Bestimmung des Termins kann der Richter Rücksicht nehmen auf die Art und den Grad des Krankheftszustandes, insofern man, wenn zu befürchten steht, daß derselbe abermals strafbare Taten auslöst, die Frist verlängern kann.

Als Prinzip bleibt gelten, daß man sich nach der verübten Tat richte, obwohl diese Tat oft in sehr losem Zusammenhang mit den geistigen Abweichungen stehen kann; ja oft kann dieser Zusammenhang vollständig fehlen.

Der Psychopath kann aber auch mit Vorbehalt zur Verfügung des Staates gestellt werden, und zwar auf die Zeit von höchstens fünf Jahren. Der Richter stellt dann für diese Probezeit gewisse Bedingungen auf, die selbstredend im Zusammenhang mit den geistigen Abweichungen stehen müssen.

Diese Bedingungen müssen entweder durch den Täter selbst oder durch Vermittlung dritter Personen erfüllt werden. Als solche Bedingungen werden genannt u. a.: völlige Abstinenz, Veränderung des Wohnsitzes, sich unter ärztliche Behandlung stellen — sei es in einer Anstalt oder anderweitig. Der Richter kann also auch die Angehörigen dazu verpflichten, daß sie für die nötige „Beaufsichtigung" des Täters Sorge tragen. Auch kann die Untervormundschaftstellung beantragt werden, wodurch eine gewisse Aufsicht über den Betreffenden möglich wird. Vielerlei Eventualitäten kommen dabei in Betracht: aus diesen kann der Richter eine Wahl treffen, bei welcher er auf das Gemeinwohl als auch auf den Zustand des Psychopathen genügend Rücksicht nehmen kann.

Indem nun der Täter der Erfüllung dieser Bedingungen lebt, die unmittelbar nach dem richterlichen Ausspruch in Kraft treten, wird er nicht weiter zur Verfügung des Staates gestellt. Die Freiheitsstrafe jedoch, zu welcher ihn der Strafrichter verurteilte, muß vorher verbüßt werden.

Es erscheint mir, als enthielten diese Bestimmungen eine vorzügliche Tendenz, auf Grund derer sie nach jeder Richtung hin nutzbringend für den verurteilten Psychopathen wirken können. Auch eröffnet sich durch sie die Möglichkeit, daß der Psychopath, der erst unbedingt zur Verfügung des Staates gestellt wurde, und demnach von Staats wegen während einer Spanne Zeit verpflegt worden ist, auf diesem Wege nach und nach der bürgerlichen Gemeinschaft wieder zurückgegeben werden kann. Als Sachverständiger wird der zugezogene Psychiater dem Richter beim Aufstellen der Bedingungen die nötigen Aufschlüsse und Winke geben können. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.**

II. Sitzung, 30. Mai, nachmittags 2 Uhr, Hörsaal der Anatomie. (Fortsetzung.)

Pförringer-Hamburg-Friedrichsberg: Tierversuche über den erblichen Einfluß des Alkohols.

Seit ca. $1^1/_2$ Jahren bekommt eine Reihe von Hunden fast täglich 100 bis 200 ccm 25 bis 40% Äthylalkohol, je nach Größe des Tieres und Dauer der Verfütterung.

Bei den alkoholisierten Hunden selbst wurden auf körperlichem Gebiet Zurückbleiben in der Entwicklung, Zeichen organischer Schädigung des Zentral-

nervensystems und Frühgeburten festgestellt; auf psychischem Gebiet: Stumpfheit, die geradezu an Verblödung erinnert, bei den Nachkommen alkoholisierter Tiere wurden ebenfalls Zurückbleiben in der körperlichen Entwicklung, epileptiforme Krämpfe und Früh- oder Totgeburten konstatiert.

Die biologische Untersuchung des Blutserums und des Liquor zerebrospinalis ergab Herabsetzung der Resistenz der roten Blutkörperchen in mäßigem Grade; das hämolytische Komplement und der Normalambozeptor zeigten keine quantitative Veränderung gegenüber normalen Hunden; die Wirkung der bakteriziden Rezeptoren auf Typhusbazillen war herabgesetzt, ebenso zeigte der opsonische Index sehr niedere Werte. Die Herabminderung des antitryptischen Fermentes im Serum ließ auf eine Allgemeinschädigung des Organismus schließen. Die Untersuchung auf diastatisches Ferment im Liquor bot nichts Wesentliches.

Das biologische Verhalten des Serums und Liquors der Nachkommen alkoholisierter Tiere deutete nur in einigen Punkten auf eine Schädigung der Konstitution hin.

Die anatomische Untersuchung der Hunde ergab neben akuten und chronischen Veränderungen im Großhirn vor allem weitgehende Schädigungen des Kleinhirns, besonders bezüglich der Purkinjeschen Zellen. Blutungen waren in allen Teilen des Zentralnervensystems nachweisbar. Veränderungen waren auch in den Großhirnzellen alkoholfreier Nachkommen alkoholisierter Tiere vorhanden.

Die Versuche werden fortgesetzt.

(Autoreferat.)

Diskussion.

Schröder berichtet über Versuche mit chronischer Alkoholvergiftung bei Kaninchen, und zwar generationsweise, da ein einzelnes Kaninchenleben nicht lang genug sei. Es trat ebenfalls eine deutliche Entartung zutage — Auffressen der Jungen durch die Mutter war sehr häufig. — Auch ein Zurückbleiben einzelner Tiere wurde beobachtet; ferner waren die Tiere sehr vulnerabel, es gab verhältnismäßig sehr viele Beinbrüche, Nasenschleimhaut- und Augenentzündungen, Haarerkrankungen etc. Jedoch fanden sich niemals Delirien und Halluzinationen.

Kafka-Hamburg: Über Entstehung, Zirkulation und Funktion des Liquor zerebrospinalis.

K. berichtet über Versuche, die er zur Klärung verschiedener noch schwebender Fragen über den Liquor zerebrospinalis anstellte. Diese bestanden

1. in der subkutanen Eingabe von Uraninlösungen (Ammoniakverbindung des Fluoresceïns) an Frösche und Kaninchen mit oder ohne gleichzeitiger Pilokarpininjektion und nach verschiedenen Zeiten erfolgender Sektion mit makroskopischer und mikroskopischer Betrachtung des Zentralnervensystems, besonders in bezug auf die Liquor enthaltenden Räume und diesen sezernierenden Gewebe;

2. der per os Eingabe von 6,0 bis 8,0 g Uranin an psychisch Kranke mit normalen und affizierten Meningen und Lumbalpunktion nach verschiedenen Zeiten, wobei auch Pilokarpininjektion und Halsstauung in Anwendung kamen;

3. in aktiven und passiven Immunisierungen an Hunden, Affen und Menschen und Untersuchung des Lumbalpunktats auf Antikörper (bes. Agglutinine, Antitoxine und Hämolysine), in einem Fall auch des Ventrikelpunktats;

4. der Untersuchung verschiedener Liquorportionen bei Entnahme größerer Mengen in morphologischer, biologischer und chemischer Hinsicht, auch unter Anwendung von Stauung;

5 der parallelen biologischen Untersuchung des postmortal entnommenen Spinal- und Ventrikelpunktates;

6. der Feststellung, daß geringe ambozeptorfreie Mengen fast jeden Liquors in einem hämolytischen System mit unterlösender Ambozeptordosis Lösung hervorrufen, eine Tatsache, die Jacobsthal nur für die Paralysen behauptete und auf Normalambozeptorwirkung bezog.

Die durch diese Versuche, die weiter fortgesetzt werden sollen, gewonnenen Resultate ergeben zusammengehalten mit den neuesten Arbeiten und früheren eigenen Untersuchungen im wesentlichen, daß die Zerebrospinalflüssigkeit im normalen und pathologischen Zustande chemisch und biologisch einheitlich zu sein scheint und daß nur der Zellgehalt Schwankungen in verschiedenen Höhen zeigt (ganz selten und sehr gering auch der Eiweißgehalt), daß sie größtenteils vom plexus chorioideus und Ventrikel-Ependym dezerniert wird, daß sie weder ein einfaches Transsudat, noch eine Lymphflüssigkeit darstellt, sondern einem Sekret am nächsten steht, daß Antikörper in geringer und verschiedener Weise in den Liquor übergehen, daß der Zerebrospinalflüssigkeit eine Funktion bei Ernährungs-, Immunisierungs- und anderen Vorgängen im Zentralnervensystem zuzusprechen ist.

Stargardt-Kiel: Über die Ursachen des Sehnervenschwundes bei Tabes und progressiver Paralyse.

Stargardt berichtet über die Resultate seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Aetiologie des Sehnervenschwundes bei Tabes, Tabo-Paralyse und Paralyse. Er hat in 25 Fällen die Sehbahn vom Corpus geniculatum externum bis zur Retina untersucht. Da die Netzhaut schon eine Stunde nach dem Tode zerfällt, wurde möglichst sofort post exitum Birch-Hirschfeldsches Gemisch in den Glaskörper injiziert. Auf diese Weise gelingt es, einwandsfreie Netzhautpräparate zu erhalten.

Fanden sich keine degenerativen Veränderungen im Sehnerven, so waren die Netzhäute vollkommen normal, auch wenn der Exitus im paralytischen Anfall eingetreten war, oder wenn lange Zeit vor dem Tode hohe Temperaturen bestanden hatten. Die Erkrankungen der Retina bestanden in den Fällen von Atrophie in sekundär degenerativen Veränderungen in der Nervenfaserschicht und der Ganglienzellenschicht und unterschieden sich in nichts von den Veränderungen, wie wir sie nach Sehnervendurchschneidungen und bei Abquetschungen des Seh-

nerven durch die arteriosklerotische Carotis interna sehen.

Die Ursache des Sehnervenschwundes ist in exsudativen Prozessen zu suchen, die im wesentlichen sich auf das Chiasma und die intrakraniellen Optici beschränken. Die Traktus und die äußeren Kniehöcker zeigen im allgemeinen nur sekundäre Veränderungen. In Fällen von partieller Optikusatrophie ließ sich nachweisen, daß die Atrophie auf eine partielle Infiltration des intrakraniellen Optikus zurückzuführen war.

Demnach handelt es sich bei der Optikusatrophie nicht um eine aszendierende Atrophie und nicht um die Wirkung eines Toxins, das zuerst auf die Ganglienzellen der Netzhaut einwirkt, wie man bisher angenommen hatte. Die Optikusatrophie stellt aber auch keine Systemerkrankung dar. Das bewies die Untersuchung der Umgebung des Chiasma und der Optici. In allen Fällen von Atrophie fanden sich schwere Veränderungen im zentralen Grau, in den dem Chiasma benachbarten Teilen der Schläfenlappen und des Stirnhirns, häufig auch infiltrative Prozesse in den Olfaktorii und den Okulomotorii, in zwei Fällen auch in der Hypophyse. Die exsudativen Prozesse, die die Ursache des Sehnervenschwundes bilden, rechnet Stargardt mit den exsudativen Prozessen der Paralyse und der Tabes zusammen in die große Gruppe der „tertiären nicht gummösen, luetischen Erkrankungen", zu denen er auch die Aortitis luetica, die Hepatitis interstitialis, die Orchitis fibrosa, die glatte Zungenatrophie, die tertiären nicht gummösen Entzündungen der Uvea des Auges und die Arthropathien zählt. Was speziell die letzteren betrifft, so hat er in einem Falle von Paralyse nachweisen können, daß sie exsudativen Prozessen ihre Entstehung verdanken, die mit den exsudativen Prozessen bei den anderen erwähnten Erkrankungen identisch sind. (Eigenbericht.)

O. Rehm-Bremen: Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit und ihre diagnostische Verwertbarkeit.

Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit erstreckt sich im wesentlichen auf die physikalischen, chemischen, serologischen, zytologischen und bakteriologischen Verhältnisse. Die Zellen interessieren sowohl hinsichtlich der Menge, in der sie sich vorfinden, als auch hinsichtlich ihrer Gestalt und Herkunft. Die Abstammung ist trotz mancher Versuche noch nicht klar gestellt. Redner bespricht im einzelnen an der Hand zahlreicher Abbildungen die einzelnen Zellformen, von welchen man mindestens 15 unterscheiden kann. Diese verteilen sich auf die Gruppen der Lymphozyten, Gitterzellen, Plasmazellen, Erythrozyten, Leukozyten und Fibroplasten. Der normale Befund unterscheidet sich scharf von dem krankhaften. Herpes Zoster, Lues II. und III. und Tabes geben unter sich ähnliche Zellbefunde; die anderen besprochenen lassen bestimmte Unterschiede erkennen, welche diagnostisch zu verwerten sind.

Redner führt zum Schlusse aus, daß die Zytologie der Zerebrospinalflüssigkeit schon jetzt imstande ist, uns ebenso wichtige diagnostische Merkmale zu liefern, wie wir es von der des Blutes gewohnt sind. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt in dem bei Fischer-Jena erscheinenden, in Gemeinschaft mit Dr. Plaut und Schottmüller bearbeiteten „Leitfaden zur Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit".) (Eigenbericht.)

Rühle-Uchtspringe: „Zur pathologischen Anatomie der tuberösen Sklerose" — demonstriert diesbezügliche Präparate; er hält die Veränderungen nicht für Ganglienzellen, sondern für gliöse Elemente. (Zu kurzem Referat nicht geeignet.) (Fortsetzung folgt.)

— **Bau der neuen Heilanstalt für Geisteskranke in Budapest.** Der hauptstädtische Munizipalausschuß beschloß im vorigen Jahre, um den Betrag von 2271000 K eine neue Heilanstalt für Geisteskranke zu errichten. Der Minister des Innern genehmigte diesen Beschluß. Mit Rücksicht darauf, daß der Bau dieses Spitales überaus dringend ist, beschloß der Magistrat, den Bau je früher in Angriff nehmen zu lassen. Zu diesem Zwecke wurden sämtliche Akten zur schleunigen Anfertigung der Pläne und Kostenvoranschläge an die Stadtbausektion geleitet. Gleichzeitig konstituierte der Magistrat das Exekutivkomitee für den Spitalbau wie folgt: Präsident Vizebürgermeister Dr. Johann Vassilievits, Mitglieder die Stadtrepräsentanten Eduard Eckermann, Josef Fischer, Dr. Johann Hegedüs, Dr. Andreas Ludvigh, Dr. Kornel. Neuschloß, Dr. Moritz Reiß, und Alfred von Wellisch, ferner von Amts wegen die Magistratsräte Julius Antal, Johann Kratky und Dr. Franz Harrer.

— **Eine Revolte geisteskranker Verbrecher.** In Turin wurden am 15. Juli zwei Stunden nach Mitternacht die städtischen Feuerwehrmänner telephonisch aufgefordert, sich so rasch wie möglich in die unweit Turin gelegene Irrenanstalt für geisteskranke Verbrecher in Collegno zu begeben, weil dort eine Revolte ausgebrochen sei. Auch die Gendarmerie wurde nach Collegno berufen. Die achtzig geisteskranken Verbrecher waren nach dem Abendessen ruhig zu Bett gegangen. Als die Glocke Mitternacht geschlagen hatte, erhoben sich die Geisteskranken mit einem Male von ihren Lagerstätten, begannen zu toben, zerbrachen alle Geräte, deren sie habhaft werden konnten, und nahmen vier Wärter gefangen, während die anderen vier erschrocken entflohen. In dem Zimmer der Wärter fanden die Revoltierenden einen Revolver und verschiedene Messer vor, mit denen sie sich bewaffneten. Einer der Wärter wurde in einen Sack gebunden und auf das Dach geschleppt. Den Carabinieri, die mit Gewalt vorgehen wollten, wurde gedroht, daß der Wärter in demselben Augenblick hinabgeschleudert würde, in dem die Belagerer von ihren Waffen Gebrauch machen sollten. Es blieb nichts anderes übrig, als mit den gefährlichen Irren gütlich zu verhandeln. Der Vizepräfekt und andere Vertreter der Behörde versprachen den Aufrührern völlige Straflosigkeit, wenn sie die gefangenen Wärter freigäben, und wenige Minuten nach 6 Uhr früh war wieder vollkommene Ordnung hergestellt.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Von dem Stand der Serumbehandlung gibt Lüdke ein instruktives Bild. Sie hat bei der bazillären Dysenterie die günstigsten Erfolge aufzuweisen. Lüdke berichtet, nach einem Überblick über die Resultate früherer Autoren, über seine eigenen Erfolge bei der Behandlung einer größeren Reihe von Ruhrfällen während der Ruhrepidemien im Stadtkreis Barmen 1904 und 1905. Er benutzte das Krusesche Dysenterieserum, das von Pferden gewonnen wird. Den Tieren werden junge Agarrasen erst subkutan, dann intravenös injiziert. In dem gewonnenen Dysenterieserum sind nach Kruse bakterizide, opsonische und antitoxische Kräfte vereint. Lüdke injizierte das Serum subkutan an der Außenfläche des Oberschenkels, vereinzelt an den seitlichen Brustpartien. Das Fieber wurde bei der Bazillenruhr nicht beeinflußt. Da übrigens das Fieber bei der Ruhr ein sehr inkonstantes Symptom ist, wurden statt Temperaturkurven Stuhlkurven angelegt zur Veranschaulichung der spezifischen Einwirkung des Serums. Bei 17 genauestens beobachteten Patienten wurde in zwölf Fällen eine direkte günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses festgestellt, bei drei Fällen war die Wirkung weniger deutlich. Nur bei zwei Fällen war das Resultat ein relativ ungünstiges; es handelte sich hier um verschleppte, sehr schwere Fälle, bei denen die spezifische Behandlung zu spät einsetzte. Bei den wenigen behandelten Fällen von chronischer Dysenterie war der Erfolg des Serums zweifelhaft. „Nach der Seruminjektion pflegte in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Dysenterieerkrankungen die Zahl der Entleerungen rapid zu sinken, damit trat die Euphorie ein; der Appetit besserte sich zusehends, die Tenesmen und Koliken verschwanden. Häufig verschwand auch das Blut aus den ersten Stühlen gleich nach der Einspritzung, während die Schleimabsonderungen noch tagelang, zuweilen noch wochenlang anhielten.

Für die erfolgreiche Wirksamkeit des Serums sprach besonders die direkt im Anschluß an die Injektion erfolgende unverkennbare Besserung."

Die Heilungsdauer ist bei Serumbehandlung wesentlich kürzer im Verlauf zu der bei der medikamentösen Behandlung. Als Nebenwirkung werden erwähnt leichte an der Injektionsstelle auftretende Exantheme mit mäßigem Juckreiz.

Die Injektion muß möglichst frühzeitig geschehen, je früher, desto besser.

Die prophylaktische Anwendung des Ruhrserums bezeichnet Lüdke als weniger angebracht; nach seinen Erfahrungen kann zwei bis vier Wochen nach der Seruminjektion eine Infektion mit Ruhrbazillen und Ruhrerkrankung auftreten; das passiv übertragene Serum verschwindet nämlich im allgemeinen rasch nach der Injektion. Dagegen hatte Rosculet mit einem anderen Wiener Ruhrserum hierbei ausgezeichnete prophylaktische Erfolge.

Zur Behandlung der Bazillenruhr genügt nach Lüdke die einmalige Injektion von 20 ccm Serum, um einen guten Erfolg zu erzielen. Wenn dieser ausbleibt, kann noch einmal dieselbe Menge eingespritzt werden. „In schwereren Fällen ist die Injektion der doppelten großen Serummengen auf einmal oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ratsam." Einzelne Autoren injizierten bis zu 100 ccm. — Übrigens wirkt das Serum nur bei den durch Shiga-Kruse-Bazillen veranlaßten Ruhrerkrankungen, nicht bei Flexner-Bazillen. Die Art des Bazillenstammes muß also vor der Behandlung mit Kruse-Dysenterieserum erst festgestellt werden.

Was das Dysenteriegift anlangt, so handelt es sich dabei um ein Toxin, das aber kein einheitliches ist. Nach Lüdke ist die Annahme erlaubt, „daß es sich in dem einen Fall um bakterielle Gifte mit vorwiegend toxinartigen Qualitäten, im anderen Falle mit vorwiegend endotoxinartigen Eigenschaften handelt." Jedenfalls seien aber beide Eigenschaften im Ruhrgift vertreten. Trotzdem bisher Ruhrbazillen im Blute und in den serösen Ausschwitzungen (Gelenk-, Sehnenentzündungen, Konjunktivitis) Ruhrkranker nicht nachgewiesen sind, darf man es doch nicht für ausgeschlossen halten, daß auch einmal Ruhrbazillen dahin gelangen und als solche eine deletäre Wirkung ausüben. Die bei der Ruhr eintretende hochgradige Abmagerung, das lange anhaltende Schwächegefühl, die schädliche Beeinflussung des Herzens, die Art der Nachkrankheiten deuten auf die Einwirkung eines im Blut kreisenden Toxins hin.

Anfangs nahm man an, daß das Gift der Ruhrbazillen ein Endotoxin sei, d. h. ein an die Leibessubstanz der Bazillen geknüpftes Gift, das erst bei deren Auflösung in Freiheit gesetzt werde, und das, injiziert, keine Anti-Endotoxine auslöste, vielmehr bei wiederholten Injektionen die Empfindlichkeit des Tieres steigerte. Die verschiedenen Methoden, mit denen man das Gift aus den Ruhrbazillen zu gewinnen versuchte, besonders die „aseptische Autolyse", finden sich bei Lüdke genauer beschrieben. Hier sei daraus nur wiedergegeben, daß sich bei den Tieren, denen bazillenfreie Ruhrgiftlösungen intravenös injiziert waren, Veränderungen im Dickdarm, Schwellung, schwärzliche Verfärbung und Geschwüre, fanden; auch Paresen wurden beobachtet. Bei letalen und subletalen Dosen trat bei den Versuchen Lüdkes konstant intensive Abmagerung und starker Temperaturabfall ein; dagegen fand sich bei seinen Versuchstieren eine stärkere Affizierung des Dünndarms als des Dickdarms durch Hyperämie; Geschwürsbildung fehlte an der Bauhinschen Klappe und im Dickdarm.

Später gelang es, echte Ruhrtoxine herzustellen, deren Injektion bei Kaninchen Diarrhöen, Abmagerung, Hypothermie und Paresen der hinteren Extremitäten bewirkte (Rosenthal). Im Darm fanden sich hämorrhagische Infiltration der Dickdarmschleimhaut und zirkumskripte oberflächliche Nekrosen. (Nach Todd lieferten aber Flexnerkulturen keine

Toxine.) Ferner vermochten besonders auch Kraus und Dörr ein echtes Ruhrgift in Bouillonkulturen und das spezifische Antitoxin nachzuweisen. Auch von Lüdke wurden eingehende Untersuchungen über das Ruhrgift angestellt, die an dieser Stelle mitgeteilt sind. Verschiedene Dysenteriestämme zeigten, beim Kaninchen, ungleich giftige Wirkung, Filtrate von Flexnerstämmen gar keine solche.

Nach Lüdke kollidiert im allgemeinen eine scharfe Differenzierung zwischen den — sekretorischen — Toxinen und den Endotoxinen immer mit den tatsächlichen Verhältnissen. — Für die Toxinbildung sind die Wahl des Nährbodens, die äußeren Wachstumsbedingungen, Zeitpunkt der Bildung und des Abbaues des Gifts, Züchtungsverfahren, Art des Bazillenstammes etc. von einschneidendem Einfluß. — Ganz besonders wird die merkwürdige Tatsache hervorgehoben, daß, trotz der in kultureller und klinischer Hinsicht keineswegs so sehr markanten Unterschiede zwischen Shiga-Kruse-Stämmen und Flexnerstämmen, von letzteren keine Toxine zu erzielen waren. — Nach Dörr wäre es von Wichtigkeit, die Toxizität von frisch aus den Dejektionen gezüchteten Stämmen festzustellen, um daraus einen Schluß auf die Schwere der Epidemie ziehen zu können. Wir übergehen die interessanten ausführlichen Mitteilungen Lüdkes über Herstellung und Eigenschaften des Dysenterietoxins und führen nur dessen Ergebnis an, daß es durch Immunisierung mit dem Dysenterie-Endotoxin gelingt, antiendotoxische Qualitäten im Serum des Immuntieres zu erhalten, und daß sich das durch Injektion von Ruhrendotoxinen erhaltene Serum am Krankenbett gewöhnlich ebenso wirksam erweist, wie das durch Immunisierung mit Toxinen hergestellte Serumpräparat (S. 110); ferner die Feststellung, daß nach Injektionen lebender Ruhrbazillen wie nach Autolysaten derselben, auch nach Injektion von Bouilloninfiltraten im Tierexperiment eine Poliomyelitis anterior akuta konstatiert wurde (nach Dopter u. a.). Guggisberg fand Sklerose der Ganglienzellen im grauen Mark, auch körnigen Zerfall, sowie Blutungen in der grauen Substanz der Vorderhörner des Rückenmarks. Nicht unvermerkt darf bleiben, daß die Krusesche Schule die bei Hunden auf Injektion lebender oder abgetöteter Dysenteriekulturen und ihrer Extrakte auftretende hämorrhagische Enteritis nicht als spezifisch dysenterisch betrachtet, da sie auch bei anderen Bakterienvergiftungen eintritt.

Über die aktive Immunisierung bei Bazillenruhr entnehmen wir Lüdke, daß schon Shiga in Japan durch ein- bis mehrmalige subkutane Injektion von 10 bis 20 ccm eines durch Injektion von Ruhrbazillenkulturen bei Pferden hergestellten Immunserums bei 300 Ruhrkranken die Sterblichkeit auf 7% herabgehen sah, während sie bei nur medikamentös behandelten Kranken 20% betrug. Die bakterizide Wirkung des Immunserums wurde auch experimentell festgestellt. Auch Kruse stellte ein Serum her, wovon $^{1}/_{80}$ mg Meerschweinchen gegen die einfache tödliche, subkutan injizierte Dosis Reinkultur schützte, während die Kontrolltiere nach sieben Tagen starben. Sein Serum wirkte kurativ und prophylaktisch bei Menschen recht günstig. Diese bakteriolytische Wirkung ließ sich im Mikroskop sehr schön demonstrieren. — Vom normalen Menschenserum werden nur abgeschwächte Kulturen aufgelöst. Lentz konstatierte Auflösung und Granulabildung der bei immunen Meerschweinchen lebend in die Bauchhöhle eingeführten Ruhrbazillen (Pfeifferscher Versuch). Beim Castellanischen Versuch verhielten sich die bakteriziden Substanzen des Shiga-Kruse-Immunserums ähnlich wie die Agglutinine (siehe später), so daß sie vielleicht mit letzteren identisch sind (Kruse). — Injektion von sterilisierten bezw. abgetöteten Kulturen bewirkten im Selbstversuch Kruses und seines Assistenten bezw. Shigas Fieber, Schmerzen und Schwellung an der Injektionsstelle und deutliches Agglutinationsvermögen des Serums. Dopter immunisierte Mäuse durch wiederholtes Verfüttern von 5 mg Trockenkultur des Shiga-Kruse-bazillus soweit, daß sie die subkutan injizierte einfach tödliche Dosis lebender Kultur vertrugen. — In Lüdkes Versuchen vermochten lebende und abgetötete Kulturen in minimalen, weit unter der tödlichen Dosis liegenden Bakterienmengen (intravenös injiziert) einen Organismus gegen die Infektion mit virulentem, bei Kontrolltieren tödlichem Material zu schützen. Reaktionserscheinungen wie allgemeines Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Fieber beeinflussen solche Versuche beim Menschen störend und können bisweilen Massenimpfungen sehr schwierig, selbst unmöglich machen. — Prüfung des bakteriziden Titres am achten Tage nach der Injektion von 0,3 ccm eines nach Methode Neißer-Shiga durch Autolyse gewonnenen bakterienfreien Filtrats bei einem kräftigen Kaninchen zeigte, daß das Immunserum in Verdünnung von 1 : 50 ein 280 g schweres Meerschweinchen gegen die tödliche Dosis ($^{1}/_{10}$ Öse) lebender Kultur schützte (Lüdke); Versuche mittels eines, nach der von Wassermann bei Typhus vorgeschlagenen Methode aus autolytisch gewonnenen Dysenterieflüssigkeiten hergestellten, sehr große praktische Vorzüge besitzenden Impfpulvers ergaben den gleichen bakteriziden Titre (1 : 50 bis 1 : 100), aber einen höheren Agglutinationstitre (1 : 400 bis 1 : 500). Mit der Besredkaschen Immunisierungsmethode (Einführung immunkörperbeladener Bakterien in den tierischen Organismus) machte Lüdke ebenfalls Versuche; die letzteren zeigten sich völlig unwirksam. — Lucksch hat bei zahlreichen Insassen einer Irrenanstalt aktive Immunisierung ausgeführt und Erhöhung des bakteriologischen Serumtitres bei Krusedysenterie bis zu 0,01, bei Flexner- resp. Y-Dysenterie bis 0,1 beobachtet (Methode Pfeiffer und Kolle). Shiga berichtete über gute Erfolge mit der Immunisierung per os, die er unter lange fortgesetzter Darreichung abgetöteter Ruhrkultur während Epidemien in japanischen Irrenanstalten ausführte. — Präzipitine, Opsonine und komplementbindende Substanzen wurden ebenfalls im Immunserum bei Ruhr festgestellt. Auch über Aggressine wurde von mehreren Autoren berichtet.

Die Serodiagnose der Bazillenruhr, ein Ge-

biet, auf welchem sich Lüdke ganz besonders durch eigene Untersuchungen erfolgreich betätigte, hat in der Agglutinationsprüfung während der letzten Jahre erfreuliche Fortschritte gemacht. Manche normalen Tiersera agglutinieren den Shiga-Kruse-stamm (z. B. Ziegenserum in Verdünnung von 1:50); solche Sera eignen sich natürlich nicht zur Verwendung bei der Herstellung von diagnostischen Seren (Mitagglutination).

Dagegen besitzen normales Meerschweinchen- und Kaninchenserum keine erhebliche Agglutinationskraft gegenüber Ruhrbazillen. Die Untersuchungen über die Agglutination durch tierisches Immunserum ergaben zunächst, daß bei Immunisierung der Tiere gegen Bact. koli und typhi keine so weitgehende Agglutinierung der Ruhrbazillen eintrat, daß eine intimere Verwandtschaft der einzelnen Ruhrstämme zu jenen Bakterienarten festgestellt werden konnte. Durch intravenöse Injektion kleiner Dosen lebender wie abgetöteter Dysenteriebazillen gelang es Lüdke, Titrewerte von 1:1000 bis 1:2000 zu erzielen, wodurch es möglich war, die verschiedenen Spielarten des Ruhrbazillus zu differenzieren; das Ergebnis wird in Tabellen veranschaulicht. Die Agglutination trat nebenbei bemerkt bei Ruhrbazillen etwas langsamer ein als bei Cholera- oder Typhusbazillen bei ihren Immunseren. Serum eines mit Stamm Shiga immunisierten Kaninchens agglutinierte die Stämme Shiga, Kruse, Frankfurt, Döberitz noch in einer Verdünnung von 1:1000 vollständig, ließ aber den Stamm Flexner bei einer Verdünnung von 1:50 unbeeinflußt; den Cellischen Stamm agglutinierte es bei 1:50 nur undeutlich, bei 1:100 gar nicht mehr. Aus diesen und den weiteren Agglutinationsversuchen ergab sich, daß der Typus Shiga-Kruse vom Flexner-Stamm verschieden ist, daß aber das Bact. koli dysentericum Cellis nicht zu den echten Ruhrerregern gehört. Jehle trennte durch den Agglutinationsversuch bei der Kinderruhr Shigasche Stämme von Flexnerschen Typen. Mittels der Agglutinationsmethode und des Castellanischen Absättigungsversuchs hat Kruse sechs Rassen der „Pseudodysenteriekeime" differenziert. Hiß unterschied drei Pseudodysenterieformen. wie früher bereits bemerkt. — Die — drei — Phasen des Ablaufs der Agglutininproduktion werden von Lüdke im einzelnen geschildert. Nach Lüdke ist der Wert der Agglutinationsmethode bei der Diagnose der Ruhr demjenigen des kulturellen Verfahrens fast gleichzustellen. Jedoch müssen hochwertige, tierische Immunseren verwendet werden.

(Fortsetzung folgt).

Therapeutisches.

Über die Behandlung der Psoriasis mit ultravioletten Strahlen (Höhensonnen-Bad) berichtet Dr. Breiger, Berlin in der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift" Nr. 18 und eröffnet eine ganz neue und erfolgreiche Therapie dieser für Arzt und Patienten gleich lästigen Krankheit, die zugleich den großen Vorteil hat, daß sie ohne Salben stattfindet. Schon seit 12 Jahren behandelt Br. Psoriasis erfolgreich mit Lichtbädern und zwar mit roten Bogenlichtbädern, die er vermöge besonderer Einrichtung bei gleichbleibender Temperatur von 30—35 Grad Celsius bis zu 1³/₄ Stunden Dauer ausdehnen konnte; es gelang ihm die Plaques ohne Salben zum Abheilen zu bringen und wenn die Patienten nur in gewissen Zwischenräumen die Behandlung fortsetzen, auch Recidive zu verhüten. Doch war die Kur sehr zeitraubend. — Als dann vor 9 Jahren die ultravioletten Strahlen in die Lichttherapie eingeführt wurden, benutzte Br. zuerst das Finsenlicht, später die Hg-Dampf-Lampe noch nebenher, wenn es ihm darauf ankam, einzelne Stellen rasch ausschlagfrei zu machen; doch erreichte er hiermit nur einen rascheren Augenblickserfolg als mit der medicamentösen Behandlung. Erst als es ihm gelang durch eine von der E. G. Sanitas, Berlin, besser konstruierte Quarzlampe eine halbe Körperseite zu bestrahlen und er nun nicht mehr die einzelnen Plaques, sondern den ganzen Körper ohne Rücksichtnahme auf den Sitz der Efflorescenzen bestrahlte, kam er nicht allein rascher zum Ziele, sondern glaubte auch Dauerheilung erwarten zu können, da er jetzt schon einige Fälle hat, bei denen seit 2 Jahren keine Recidive aufgetreten sind. Br. führt die Heilung auf die nach Einwirkung der ultravioletten Strahlen eintretende arterielle Hyperämie der Haut des ganzen Körpers zurück, die allmählich ansteigt, nach etwa 12 Stunden ihren Höhepunkt erreicht, mehrere Stunden anhält und dann ebenso allmählich wieder abfällt Diese andauernde arterielle Hyperämie hat eine starke Erhöhung des Stoffwechsels und bessere Blutbildung zur Folge. Zur Evidenz könne man dies beobachten an der bei Korpulenz jedes Mal ohne anderweitige Maßnahmen prompt eintretenden Entfettung, wie umgekehrt an der eintretenden Gewichtszunahme bei Unterernährungszuständen. z. B Tuberkulose. Da die Behandlung sicher wirkend, höchst angenehm und bequem in ihrer Anwendung, nicht zeitraubend (jeden zweiten Tag 5 bis 15 Minuten) und endlich vollkommen ungefährlich ist, so sei sie allen andern immer doch nicht absolut ungefährlichen Röntgenbehandlungen vorzuziehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 18. | 3. August | 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Psychiatrische Fälschungen auf Lichtbildbühnen.

Von Direktor Dr. *Mercklin*, Treptow a. R.

Eine gewisse Art in den Großstädten sich rapid vermehrender und nun auch in die kleinen Orte einziehender Kinos wird zurzeit von der Tagespresse als „kultureller Krebsschaden" mit Recht lebhaft bekämpft. Auch wir Psychiater haben allen Grund, an dieser Erscheinung nicht achtlos vorüberzugehen. Sicher bergen diese Vorführungen mit ihrem meist auf die derbste Sensationslust und rohe Instinkte zugeschnittenen Inhalt und mit ihrer eminenten Suggestivkraft eine Gefahr für die Gesundheit der Volksseele. Besonders greifbar liegen diese Wirkungen auf dem Gebiet der bei der großen Masse so beliebten Darstellungen aus der Verbrecherwelt, der Detektivwirksamkeit, der sexuellen Auswüchse. Hierüber helfen alle Betrachtungen nicht hinweg, welche im übrigen die Berechtigung des Volkes nachzuweisen suchen, im Besuch des Lichtbildtheaters einen Ersatz für die teueren Vorstellungen auf der lebenden Bühne zu finden.*) Es ist nicht meine Absicht, hier noch einmal die schweren Bedenken gegen die Kinos in dieser Richtung zu wiederholen. R. Gaupp hat soeben in eindringlicher und überzeugender Darstellung alle hier in Betracht kommenden Gesichtspunkte zusammengefaßt und mit Recht hervorgehoben, daß die Gefahren auf seelischem Gebiet besonders groß sind für die jugendlichen Zuschauer, und daß hier noch tiefere und nachhaltigere Suggestionen ausgeübt werden, als wie sie die unausrottbaren Schund- und Detektivromane nach sich ziehen.**)

Ich möchte heute auf einen anderen Mißstand hinweisen, den wir bekämpfen müssen. Ich meine die verzerrten, rohen, unwahren Darstellungen psychiatrischer Szenen auf der Filmbühne.

Es ist verständlich, daß die Tragik des psychischen Erkrankens hier, wo mit den stärksten Eindrücken gearbeitet und Erschütterung geradezu begehrt wird, nicht entbehrt werden kann. Man kann auch nichts dagegen haben, daß das Leben so dargestellt wird, wie es ist. Aber es muß verlangt werden, daß unser Volk dann die Irrenanstalten und die therapeutischen Vorgänge so vorgeführt bekommt, wie sie sich wirklich abspielen, und daß nicht Szenen von mittelalterlicher Roheit dargestellt werden, welche bei uns unmöglich sind. Während unserer letzten Tagung in Kiel sah ich in einem großen und stark besuchten Kino das folgende „Liebesdrama".

Ein Liebespaar — in moderner Kleidung — wird nach kurzer Bekanntschaft getraut. Auf dem Heimwege von der Trauung bricht die junge Frau plötzlich zusammen und stirbt. Darüber wird der junge Witwer wahnsinnig. Wir sehen ihn vor der aus großen Steinquadern aufgebauten Mauer (Zyklopenmauer!) einer Irrenanstalt wieder, wo seine Mutter ihn besucht. Er erkennt sie nicht. Bald darauf entflieht er, schwingt sich mühsam über die Mauer und eilt dem Friedhof zu, wo sein Glück begraben liegt. Auf dem Grabe bricht er zusammen. Ein Wärter in Uniform ist sofort zur Stelle, um den Flüchtling zurückzuführen. Der Kranke sträubt sich heftig. Da ergreift der Wärter eine bereit gehaltene Peitsche und setzt die Rückführung mit Peitschenhieben durch!! — Wir

*) Vergl. z. B. Alfred A. Baeumler, Die Wirkungen der Lichtbildbühne, März 1912, I. Juniheft.

**) R. Gaupp, Die Gefahren des Kino. Süddeutsche Monatshefte. Juni, 1912. — Vergl. auch A. Pick, Psychiatrie und Kolportageroman. IV. internat. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. Off. Bericht S. 158.

sehen wieder die Anstaltsmauer, ein Zug kranker Frauen unter Geleit von Pflegerinnen und Wärtern strebt vom Spaziergange heimkehrend einer Pforte zu, — die meisten Kranken gehen willig durch die Pforte, einige wollen draußen bleiben: wiederum saust ein Hagel von Peitschenhieben auf die Unglücklichen nieder. . . Schließlich findet eine — in ihren Einzelheiten durchaus possenhafte — Konsultation statt. Man beschließt, die Ursache der Seelenstörung zu beseitigen, die tote Gattin muß ins Leben zurück. Durch Benutzung von Ähnlichkeit und gleicher Kleidung wird eine lebende Pseudogattin dem Kranken gegenübergestellt. Er stutzt, sinkt ihr in die Arme — und ist geheilt!

Auf dem Kinematographentheater einer anderen norddeutschen Stadt ist, wie ich im Anschluß hieran erfuhr, die Fortschleppung eines Mannes in eine Irrenanstalt gegen seinen Willen mit roher Überwältigung zur Darstellung gebracht worden. Es handelt sich demnach, wie zu erwarten war, nicht um einen vereinzelten Vorgang. Welch schlimme Vorstellungen über Irrenbehandlung durch solche Vorführungen erzeugt werden, wieviel alte Vorurteile und Befürchtungen mit suggestiver Gewalt neue Nahrung erhalten — liegt auf der Hand. In Kiel konnte der Sachverständige an der Uniformierung der Wärter und an den romanischen Gesichtszügen der Hauptheldenleicht erkennen, daß die Films fremdländischen Ursprungs waren, — der großen Menge der Zuschauer mußten solche Einzelheiten entgehen, sie konnte nur den einen Eindruck haben: des lebenswahren Vorgangs aus unserer Gegenwart. So hörte ich denn auch — nach den Prügelszenen — eine Frau mit dem Tone des Bedauerns im Hintergrunde sagen: „so also werden sie behandelt."

Mein heutiger Hinweis soll nur dazu dienen, auch andere gegen diese Entstellungen und Fälschungen mobil zu machen. Die trübe Flut der Kinodarstellungen darf nicht die Aufklärungsarbeit über die Irrenanstalten zerstören, mit welcher wir zur Beruhigung der Gesellschaft fortgesetzt beschäftigt sind. Um die bedenklichen Kinozustände im ganzen zu bessern, sind mancherlei Vorschläge für gesetzliche Maßnahmen gemacht worden (vgl. die Denkschrift des Deutschen Bühnenvereins von A. Wolff). Zur Beseitigung des hier erwähnten Unfugs genügt eine scharfe Handhabung der Präventivzensur durch die Polizeibehörden. Wir müssen diese dafür gewinnen, daß die Films mit Darstellungen aus psychiatrischem Gebiet besonders beachtet und sorgfältig zensiert werden. Vereinzeltes Vorgehen, bei welchem nach meiner Erfahrung Entgegenkommen nicht fehlt, kann nur in begrenztem Bezirk Wandel schaffen. Weitergehende Runderlasse sind am Platz. Unsere psychiatrische Standesvertretung wäre des Dankes gewiß, wenn sie die Anregung derartiger Erlasse in Erwägung ziehen wollte.

Die neuen Niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen.

Von Direktor Dr. *D. Schermers*, Sanatorium für Nervenkranke in Zeist.

(Schluß.)

Unter welchen Umständen kann nun diese bedingte Zurverfügungstellung schon während der Probezeit beendet werden?

Diese Probezeit endet in erster Linie durch die Aufnahme des Täters in eine Irrenanstalt; naturgemäß kann dann von irgendwelchen Bedingungen keine Rede mehr sein. Sie hört ebenfalls auf, wenn der Betreffende sich schlecht aufführt, wenn er sich nicht an die genannten Bestimmungen hält, oder den gestellten Bedingungen nicht nachkommt. Unter diesen Umständen wird der Richter eine nähere Untersuchung des Falles beantragen, um alsdann dem Tatbestand entsprechend zu handeln. Wenn die Tatsachen beschwerend wirken, kann er die Zurverfügungstellung verordnen; handelt es sich jedoch um eine weniger erhebliche Tat, so kann er dem Beschuldigten eine Warnung anläßlich seines Betragens zukommen lassen. Unter allen Umständen jedoch bleibt dem Richter die unbeschränkte Beschlußfreiheit gewahrt; er braucht sich sogar, wenn es sich um unbedeutende oder unbeabsichtigte Übertretungen handelt, nicht damit einzulassen.

Wird der Beschuldigte während der Probezeit in eine Irrenanstalt aufgenommen, und die Probezeit erreicht während seines dortigen Aufenthaltes ihr Ende, dann ergibt sich die Möglichkeit, daß er aus der Anstalt sofort in das bürgerliche Leben zurückkehrt. In einzelnen Fällen wäre dies sehr unerwünscht und deshalb kann der Richter auch, wenn nötig, die Probezeit verlängern lassen.

Ist der Termin, welcher die Zurverfügungstellung des Täters umfaßt, verstrichen, so kann dieselbe durch den Richter verlängert werden, von wenigstens 6 Monate ab bis zu höchstens 2 Jahren. Diese Verlängerung darf jedoch nur dann eintreten, wenn das Interesse der allgemeinen Sicherheit es erfordern sollte.

Hierzu muß dem Richter eine Abschrift der Ein-

tragungen, die in bezug auf den Psychopathen gemacht worden sind, unterbreitet werden und außerdem ein ärztliches, den Antrag motivierendes Attest, das nicht älter sein darf als vierzehn Tage.

Der Richter kann, bevor er sich entschließt, noch eine nähere Untersuchung einleiten, auch Zeugen und Sachverständige vernehmen lassen; immerhin aber bleibt er in seiner Beschlußnahme unbehindert. Nur möchte ich hier anschließend nochmals ausdrücklich darauf aufmerksam machen, daß der Arzt sowohl durch seine Eintragungen wie durch seine Aussage einen großen Einfluß auf den zu fassenden Entschluß des Richters ausüben kann. Bevor der Entschluß über Verlängerung des Aufenthaltes gefaßt wird, müssen alle gesetzlich erforderten Dokumente dem Richter vorgelegt sein.

Jetzt kommt die Frage, was mit denen geschieht, die zur Verfügung des Staates gestellt und nicht in eine Irrenanstalt untergebracht werden. Nach dem beantragten Gesetzentwurf eröffnen sich ihnen verschiedene Wege.

In erster Reihe kann Unterbringung in ein Reichsasyl erfolgen, woselbst sie von Staats wegen verpflegt werden. Je nach Bedarf wird die Anzahl der Reichsasyle und der Ort, der für ihre Gründung in Frage käme, durch Verwaltungsbeschluß bestimmt. *Diese* Asyle jedoch sind nicht lediglich für die Pflege der dem Staate Anheimgefallenen bestimmt, sondern man nimmt in die Reichsasyle auch jene unzurechnungsfähigen Psychopathen auf, welche der Zivilrichter während der Dauer ihrer Untersuchung in sicherem Gewahrsam zu halten wünscht. Auch wenn der leibliche oder geistige Zustand eines anderweitig verpflegten Psychopathen dies erfordern sollte, kann derselbe zeitweilig in ein Reichsasyl aufgenommen werden.

Die obere Leitung der Reichsasyle liegt dem Justizminister ob, welcher seinerseits wieder durch einen besonderen Aufsichtsrat unterstützt wird. Mit der Verwaltung der einzelnen Reichsasyle ist je ein ärztlicher Direktor betraut, der einem Ausschuß untersteht.

Diese Reichsasyle also sind für die Pflege solcher Personen bestimmt, die an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden und eine strafbare Tat begingen, für welche man sie verantwortlich machen kann. Sie werden soviel als möglich, je nach Art ihrer Krankheit, ihrer Vergangenheit und ihrem Betragen, nach dem Delikt, das die Verurteilung nach sich zog, nach ihrem Alter, der körperlichen, geistigen sowie sittlichen Verfassung, in der sie sich befinden, nach ihrem Bildungsgrade und der Geschicklichkeit für irgendwelche Arbeit — in Berücksichtigung aller dieser Umstände — über die verschiedenen zu ihrer Aufnahme bestimmten Anstalten oder in abgesonderten eigens dazu eingerichteten Unterabteilungen derselben verteilt. Man kann sie in verschiedene Klassen einteilen; die männlichen und weiblichen Pfleglinge bleiben zu jeder Zeit voneinander getrennt.

In Verbindung mit dem Angeführten ergibt sich die Notwendigkeit, den weitläufigsten Anforderungen Rechnung zu tragen, denn die Psychopathen, die zur Verfügung des Staates gestellt werden, können ihrerseits nun auch eine bunte Reihe von Verschiedenheiten zeigen. Die Errichtung mehrerer Reichsasyle scheint denn auch beabsichtigt.

Obwohl man der gesonderten Unterbringung von Männern und Frauen natürlich beipflichten muß, möchte ich jedoch gegen jedes weitere Spezialisieren einige Einwendungen erheben. Es erscheint mir nicht wünschenswert, oben erwähnte Psychopathen voneinander zu trennen, um sie in Sonderasylen zu verpflegen, da ein gemischtes Asyl viel empfehlenswerter ist.

Die geistigen Abweichungen, welche bei den Psychopathen in den Vordergrund treten, werden einen sehr verschiedenen Charakter aufweisen. Dasselbe ist bis zu einer gewissen Grenze auch bei Geisteskranken der Fall, und trotzdem denkt niemand daran, besondere Anstalten für Maniakale, Melancholische, Epileptiker oder für paralytische Geisteskranke zu errichten; sogar die Bestrebungen, Sonderanstalten für akute und chronische Irrsinnige zu gründen, scheiterten alle. Es erscheint nicht allein für die Patienten selbst, sondern auch für die Ärzte und das Pflegepersonal viel empfehlenswerter, in den Anstalten alle Formen von Geisteskrankheit zu verpflegen. Das Wünschenswerte dieser Einrichtung tritt um so mehr zutage, als man gegenwärtig zur Pflege der verschiedenen Patienten das Pavillonsystem mit Erfolg anwendet.

Alles dies mit berücksichtigend, fände ich es sehr erstrebenswert, vorläufig im Zentrum des Landes ein gemischtes Asyl für sogenannte verbrecherische Psychopathen zu errichten. In diesem Asyl könnten dann alle jene straffälligen Personen, die an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden, Aufnahme finden. Hierbei könnte man das Pavillonsystem anwenden und die Patienten ihrem Zustande nach darin verteilen. Es ließe sich für die Epileptiker ein aparter Pavillon einrichten, da die Behandlung dieser Patienten keine besonderen Anforderungen stellt. Auch die Trunksüchtigen könnten

wenn nötig, ohne jede Schwierigkeit in solchem Asyl abgesondert verpflegt werden.

Ich möchte noch weiter gehen und auch den unzurechnungsfähigen, demnach geisteskranken Psychopathen hier eine Stätte einräumen. Man könnte auch für diese ein oder mehrere Pavillons einrichten, um sie zeitweilig zu verpflegen. Ja — es könnte hier sogar eine besondere Abteilung geschaffen werden für solche Psychopathen, die sich als sehr gefährlich erweisen, zu Gewalttätigkeiten neigen oder fluchtverdächtig sind. Das Asyl würde in bezug auf die Gesetze vom 15. Juli 1904 nicht als Irrenanstalt im engeren Sinne anzusehen sein.

Vielleicht wird man mich auf die vielen Bedenken aufmerksam machen, die anderwärts, so auch im Bericht der Staatskommission von 1902 gegen die Errichtung eines Zentral-Asyls für geisteskranke Verbrecher erhoben werden. Ich denke, daß in dem vorgestellten Asyl jene Schwierigkeiten sich nicht so fühlbar machen werden, da eine Anhäufung gefährlicher Elemente sich durch die zweckmäßige Verteilung der noch zurechnungsfähigen Psychopathen allenfalls vermeiden ließe. Auch steht es fest, daß die mit den Strafgesetzen in Konflikt geratenen Geisteskranken bei weitem nicht immer zu den lästigen und gefährlichen Patienten zu rechnen sind.

Es scheint mir, als ob die Idee eines gemeinsamen Asyls für zurechnungsfähige wie unzurechnungsfähige Psychopathen nach jeder Seite hin eine warme Befürwortung verdient. Auch in bezug auf den ärztlichen Dienst würde eine gemischte Einrichtung allseitig zu empfehlen sein. Immerhin aber muß man bedacht sein auf getrennte Asyle für beide Geschlechter.

In der Verwaltung der Reichsasyle muß die ärztliche Behandlung der Hauptfaktor sein, weshalb man auch einen ärztlichen Direktor mit der Leitung derselben betraut. Die Behandlung muß soviel als möglich in erster Linie die Genesung, wenigstens eine bedeutende Verbesserung des krankhaften Geisteszustandes der Patienten zu erstreben suchen. Diese Auffassung wird durch die Ernennung eines ärztlichen Direktors deutlich betont.

Ausdrücklich wird bestimmt, daß die Pfleglinge zur Verrichtung der ihnen persönlich oder im Auftrage des Chef-Arztes angewiesenen Arbeit verpflichtet sind. Diese obligatorische Arbeit erstreckt sich hauptsächlich auf den häuslichen Dienst; ferner auf die Anfertigung solcher Gegenstände, die in der Reichsverwaltung Verwendung finden; für diese Arbeitsleistung wird ein Entgelt bezahlt, das im Besitz der Pfleglinge bleibt.

Bis zu einer gewissen Grenze trägt demnach das Asyl das Gepräge eines Reichs-Arbeitshauses, nur wird hier die Arbeit der Insassen, unter Berücksichtigung ihres Zustandes, von ärztlicher Seite geregelt.

Ferner wird den Kranken Gelegenheit zur Teilnahme an den Gottesdiensten und dem Religionsunterricht geboten.

Falls sie nicht ausdrücklich davon dispensiert wurden, sind sie sogar verpflichtet, daran teilzunehmen. Nur erscheint mir der absolute Zug dieser Maßregel nicht empfehlenswert und wird sie in der Praxis manchmal Anlaß zu Schwierigkeiten geben.

Die Pfleglinge werden, wenn es zu ihrem Nutzen ist, in den Elementarfächern unterrichtet; auch wird mehr erweiterter und Fachunterricht erteilt.

Schließlich können in den Reichsasylen auch disziplinäre Strafen angewandt werden, welche gleichfalls durch das Gesetz geregelt sind; man hat ja hier mit Psychopathen zu tun, die den Gesetzen nach zurechnungsfähig sind.

Nun untersteht aber die Leitung des Reichsasyls einem ärztlichen Direktor, der also auch zu bestimmen hat, ob und welche Strafen angewandt werden müssen. Natürlich wird er stets der Art und Weise des Verstoßes, sowie dem Zustand des Verpflegten Rechnung tragen. Die Strafen, welche man auflegen kann, sind sehr verschiedener Art. Als die gelindeste von ihnen gilt wohl, wenn der Bestrafte keine Briefe schreiben oder empfangen darf; wenn man ihm Besuche versagt oder andere Annehmlichkeiten ihm entzogen werden. Schwerer schon ist die Strafe, wenn man statt der gewohnten Kost Wasser und Brot reicht; auch kann Einsperrung ins Arrestlokal — ja sogar zeitweilige Fesselung verordnet werden. Es ist gestattet, mehrere dieser Strafen zugleich anzuwenden. Die Strafe darf nicht aufgelegt werden, ohne daß man den Übertreter zuvor verhört habe. Die Maxima der Strafen sind beträchtlich geringer als jene, die anderweitig im Gebrauch sind.

Wohl macht es auf den Psychiater einen eigentümlichen Eindruck, wenn man im Kommentar liest, wie sowohl die Einsperrung des Patienten ins Arrestlokal als auch die Anwendung notwendiger Sicherheitsmaßregeln, wie z. B. eine Fesselung, auf Grund ärztlicher Verordnung ausgeführt werden kann. Dieses hätte dann zu geschehen, wenn und solange es die zweckmäßige Pflege und die Wahrung der Sicherheit in der Anstalt erheischt.

Wenn jedoch einem ärztlichen Direktor, der Erfahrung in der Anstaltspraxis hat, die Oberleitung des Asyls übertragen wird, werden ihm wohl schon

zu wiederholten Malen Patienten begegnet sein, die gefährlich oder lästig waren. Er wird dann auch wissen, wie man ohne Einsperrung in Arrest und ohne Fesselung diese Zustände behandelt. Je weniger solche disziplinäre Strafen der Chef-Arzt verhängt, um so besser wird das Asyl seiner Bestimmung entsprechen, und diese bleibt doch, unter allen Umständen: — die Pflege solcher Personen, welche an Störung oder mangelhafter Entwicklung ihrer Geistestätigkeit leiden.

Bei Fällen von Irrsinn, von schwerer oder ansteckender Krankheit, oder Schwangerschaft, können Pfleglinge der Reichsasyle in Irrenanstalten oder andere zu ihrer Pflege geeignete Anstalten überführt werden, um dort, solange solches nötig ist, zu verweilen.

Es wurde schon darauf aufmerksam gemacht, daß es erwünscht wäre, wenn das Asyl auch für die Pflege jener akuten Störungen eingerichtet sei, welche sich doch zweifelsohne öfter, gerade bei diesen Psychopathen, zeigen werden. Erst wenn es sich um chronische Störungen handelt, oder aus anderen Gründen die Pflege sehr schwierig wird, käme die Überführung in eine Irrenanstalt in Betracht. Auch werden Krankensäle zur Verfügung stehen müssen für vorkommende außergewöhnliche Krankheitsfälle. Dies alles aber schließt nicht aus, daß auch Fälle eintreten können, die eine anderweitige Pflege notwendig machen; es ist daher mit Freude zu begrüßen, daß die Gesetze dazu nunmehr die Ermöglichung einleiten.

Zum Schluß wird noch bestimmt, wie durch den ärztlichen Direktor selbst oder in seinem Auftrage über den leiblichen und geistigen Zustand aller im Asyl Aufgenommenen regelmäßig Eintragungen in ein nach einem bestimmten Schema eingerichtetes Verzeichnis zu machen sind. Diese Eintragungen müssen demnach eine Übersicht geben über den Zustand des Verpflegten während seines dortigen Aufenthaltes. Vorzüglich in Verbindung mit der Frage, ob die Zwangspflege eventuell noch weiter fortzusetzen sei, sind diese Aufzeichnungen von großer Wichtigkeit. Eine Abschrift davon muß darum auch neben dem Gesuch um Verlängerung der Aufenthaltsfrist mit eingereicht werden. Auch in diesen Eintragungen, welche doch großenteils medizinischer Art sein werden, tritt die Ansicht zutage, daß man das Asyl als ärztliche Anstalt zu betrachten hat.

* * *

Fernerhin kann der zur Verfügung des Staates gestellte Psychopath anstatt in ein Reichsasyl in Privatpflege gegeben werden; hierbei werden die gleichen Grundsätze befolgt, welche beim Abfassen der Jugendfürsorgegesetze hervortraten; und auch die diesbezüglichen Vorschriften stimmen fast wörtlich miteinander überein.

Und weil Psychopathen bis zu einer gewissen Grenze den Unmündigen gleichgestellt werden können, ist diese Auffassung allseitig zu befürworten.

Vereine, Stiftungen und Wohltätigkeits-Anstalten, welche sich der dauernden Versorgung von Psychopathen widmen, können mit der Pflege der dem Staate Anheimgestellten betraut werden. Auch kann man die Leiter jener Anstalten, die sich einer solchen Pflege widmen, damit beauftragen, und zufolge der Ergänzungsnote kann sogar Familienpflege gestattet werden. Es ist jedoch nötig, sich den von seiten der Regierung gestellten Bedingungen zu fügen und sich zuvor zur Erfüllung der übernommenen Aufgabe zu verpflichten.

Die von Staats wegen aufgestellten Bedingungen umfassen Verordnungen bezüglich der ärztlichen Behandlung, der Pflege, des Unterrichts, der Religionsübungen, der Sittlichkeit, der Sicherheit und der Zucht. Auch werden Regeln festgesetzt, nach welchen man Auskunft über das leibliche wie geistige Befinden der Pfleglinge erhalten kann. Demnach werden auch ärztliche Notizen in ein nach Vorschrift eingerichtetes Verzeichnis zu machen sein; diese Aufzeichnungen werden zur Beurteilung des Zustandes des Betreffenden, sowie zur Entscheidung ob seiner weiteren Pflege benutzt. Hier wird demnach auch das Prinzip, die Pfleglinge unter ärztlicher Aufsicht zu belassen, aufrecht erhalten.

Die Regierung läßt von dazu befugten Beamten genau kontrollieren, ob alle Bedingungen vorschriftsmäßig erfüllt werden.

Endlich können die Pfleglinge seitens der Regierung in Familienpflege gegeben werden. Zuvor müssen sie aber zum wenigsten sechs Monate im Asyl gewesen sein; wenn alsdann ihr körperlicher sowie geistiger Zustand nebst ihrem Betragen es rechtfertigen, werden sie einer Familie zur Pflege übergeben. Diese Pflege untersteht der Aufsicht und Leitung eines am Asyl angestellten Arztes. Auch über diese Pflegebefohlenen müssen regelmäßig ärztliche Aufzeichnungen gemacht werden und wenn nötig nimmt das Asyl sie auch wieder auf.

Zur Aufnahme von Psychopathen kommen in erster Linie in Betracht die Familien der verheirateten Pfleger und Pflegerinnen, die im Asyl wirksam sind. Man hegt die Nebenabsicht, auf diese Weise die finanzielle Lage des Pflegepersonals zu verbessern;

ich erachte dies jedoch als einen Grund von untergeordneter Bedeutung, nach welchem man sich bei der Anstellung nicht zu richten hat. Jemand, der den ganzen Tag über unter Psychopathen arbeiten muß, darf nicht, durch die Not gezwungen, solche auch noch in seiner Häuslichkeit zu verpflegen haben.

Dennoch möchte man diese Art von Unterbringung soviel nur möglich fördern, denn die Pfleglinge kämen alsdann zu geschultem Personal. Auch können sie unter diesen Umständen bequemer unter direkter Aufsicht der am Asyl angestellten Ärzte bleiben, was natürlich von großem Vorteil wäre.

Was nun die Entlassung der Verpflegten anlangt, so kann diese bedingt oder unbedingt mit oder ohne Vorbehalt geschehen. Ohne Vorbehalt geschieht sie natürlich nur dann, wenn die geistigen Abweichungen vollständig geschwunden sind, so daß für die Wahrung der allgemeinen Ordnung und Sicherheit keine Gefahr mehr vorliegt und ein Zusammenstoß mit den Strafgesetzen nicht mehr zu befürchten steht.

In den meisten Fällen jedoch wird wohl auf Entlassung unter Vorbehalt erkannt, da man nicht weiß, ob die Besserung draußen im öffentlichen Leben eine andauernde sein wird und ob der Betreffende bedingungslos in die bürgerliche Gemeinschaft zurückkehren kann.

An die Entlassung lassen sich gewisse Bedingungen anknüpfen, die später, falls dies nötig sein sollte, widerrufen werden können. Wer unter Vorbehalt entlassen wird, untersteht dann einer Staatskontrolle; natürlich darf dies keine direkte Polizeiaufsicht sein.

Wenn sich herausstellt, daß durch einen unter Vorbehalt entlassenen Pflegling eine Gefahr für die allgemeine Sicherheit entsteht, so kann derselbe durch die Polizeibehörde oder durch die Staatsanwaltschaft verhaftet werden.

Die Kosten, welche aus der Behandlung dieser Psychopathen entstehen, werden zum Schluß noch näher besprochen. Die Zwangspflege wird ausschließlich im Interesse der allgemeinen Sicherheit verordnet; darum könnte man erwarten, daß die daraus entstandenen Kosten dem Staate angerechnet würden. Der Gesetzgeber aber ist der Ansicht, daß die Pflege auch die Genesung bezwecke und demnach auch von größtem Vorteil für den Betreffenden selbst sei. Im Zusammenhang hiermit werden von Staats wegen die aus der Zwangspflege erwachsenen Kosten von dem Verpflegten oder von denen, die zu seinem Unterhalt gesetzlich verpflichtet sind, eingefordert werden; auch bezüglich dieses Kostenpunktes wird näheres durch Verwaltungsbeschluß festgesetzt.

Es ist einleuchtend, daß man im Hinblick auf diese Vorschriften ohne Bedenken die Zwangspflege auch zum persönlichen Wohle des Verbrechers in Anwendung bringen kann und nicht lediglich im Interesse der allgemeinen Sicherheit.

Mir erscheint diese Regelung sehr empfehlenswert. Solange die Strafe dauert, geschieht die Pflege auf Staatskosten; sobald jedoch die Strafe erledigt ist und die Zwangspflege in Kraft tritt, gleichviel ob diese nun in einer Irrenanstalt, einem Asyl oder in häuslicher Umgebung geboten wird, so geschieht dieselbe auf Kosten des Verpflegten selbst oder seiner unterhaltspflichtigen Angehörigen. Sind letztere dazu nicht imstande, so fallen die Kosten der Heimatgemeinde des Zwangspfleglings, oder sollte diese nicht ausfindig zu machen sein, dem Staate zu. Empfehlenswerter erscheint es mir, mit diesen Auslagen stets die Staatskasse zu belasten, wenn sie nicht von privater Seite gedeckt werden können; denn es ist eine Tatsache, daß das Budget vieler kleinen Gemeinden über Gebühr belastet wird durch die Unterstützungspflicht ihren armen zuständigen Geisteskranken gegenüber; kämen hierzu noch die Unkosten für Zwangspflege etwaiger Psychopathen, so würde die Beschwerung noch erheblich drückender sein.

Nachdem wir nun lange bei den beantragten Veränderungen im Strafrecht verweilt und auch den Neuentwurf des Bürgerlichen Gesetzbuches, der sich aus ihnen ergibt, ausgiebig beleuchtet haben, möchte ich nur noch kurz mitteilen, daß eine Abänderung im Strafprozeßbuch vom psychiatrischen Standpunkt aus von großer Wichtigkeit ist.

Die Untersuchung Beklagter im Gefängnis war immer für den Psychiater sehr beschwerlich, und gar oft schon wurde ausführlich auf die Schwierigkeiten allerlei Art, die dabei zutage traten, hingewiesen.

Um nun hier abzuhelfen, kommt ein neuer Gesetzartikel zum Antrag, nach welchem der Strafrichter die Überführung des Beschuldigten in ein Reichsasyl oder irgendeine andere Pflegeanstalt zur Untersuchung seines Geisteszustandes veranlassen kann. Diese Überführung kann der Richter amtlich verordnen; sie kann außerdem auf einen Antrag des Staatsanwalts hin oder auf Ersuchen des Beklagten selbst geschehen.

Die zu dieser Untersuchung notwendige Beobachtungszeit darf den Termin von sechs Wochen nicht überschreiten; auch wird der Aufenthalt dort als sicherer Gewahrsam angesehen. Die Anstalten, welche für eine solche Beobachtung in Frage kommen, werden durch den Minister bestimmt nach durch Verwaltungsbeschluß festgestellten Regeln. Natürlich müssen diese Anstalten den an sie gestellten Anforderungen der Sicherheit und bezüglich

Verhinderung eventueller Fluchtversuche in jeder Hinsicht entsprechen.

Gegen die Aufnahme solcher vorläufig Inhaftierten in eine Irrenanstalt erhebt der Minister Bedenken, weil die Geisteskrankheit ja noch nicht erwiesen ist und der Beklagte selbst wohl nicht begehren wird, ohne Ursache in eine Irrenanstalt gebracht zu werden.

Es ist jedenfalls als ein großer Fortschritt anzusehen, daß nunmehr die Gelegenheit, den Beschuldigten in passender Umgebung zu beobachten, geboten wird, denn es ließen diese Zustände bisher viel zu wünschen übrig.

Ich habe in großen Zügen die eingereichten Entwürfe zu schildern versucht; einzelne Punkte von untergeordneter Wichtigkeit ließ ich unerwähnt; dagegen gestattete ich mir, die Aufmerksamkeit auf einige Erwägungen psychiatrischer Art zu lenken.

Es scheint mir, daß der Minister eine praktische Lösung des Problems, wie die Pflege der verbrecherischen Psychopathen zu regeln sei, gefunden hat, und daß seine Vorschläge in mancher Beziehung eine Empfehlung gar wohl verdienen.

Trotzdem bleibt das Anbringen einiger Änderungen erwünscht. Insbesondere in bezug auf die Zwangspflege räumt der Jurist dem Arzte nicht immer die ihm gebührende Stelle ein. Dadurch, daß die Strafe verbüßt oder gar erlassen wurde, ist das Vergehen abgetan und treten nunmehr die Interessen des Täters selbst in den Vordergrund.

Der Richter muß zwangsweise den Psychopathen veranlassen können, sich der ärztlichen Behandlung zu unterziehen, und zwar nicht allein im Interesse der allgemeinen Sicherheit, sondern auch in Rücksicht auf seinen krankhaften Zustand.

Auf diese Weise kann man vorbeugend wirken, die bürgerliche Gesellschaft vor mancherlei sie bedrohenden Gefahren schützen, und können die gemeingefährlichen Psychopathen außerdem noch für andere vielleicht von Nutzen sein.

Mitteilungen.

— **Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.** Die sechste Jahres-Versammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird am Freitag, den 27., Sonnabend, den 28. und Sonntag, den 29. September 1912 in Hamburg stattfinden.

Allgemeines Programm.

Donnerstag, den 26. September. Von abends 8 Uhr an: Begrüßung im Hotel Esplanade. Daselbst Gelegenheit zum einfachen Abendessen. Die Damen der Teilnehmer sind willkommen. Vorher, um 5 Uhr: Vorstandssitzung in der Wohnung von Herrn Nonne, Neuer Jungfernstieg 23.

Freitag, den 27. September. 9 Uhr: Sitzung im Hörsaal des Museums für Völkerkunde, Rotenbaumchaussee. Geschäftliche Mitteilungen. Erstes Referat mit Diskussion. Vorträge. 12½ bis 1½ Uhr: Pause. Frühstück im Restaurant des Curio-Hauses. 1½ bis 5 Uhr: Fortsetzung der Sitzung. 8 Uhr: Gemeinsames Festmahl im Hotel Atlantic, an der Alster. Die Damen der Teilnehmer sind willkommen (Gedeck ohne Wein 6 M.).

Sonnabend, den 28. September. 9 Uhr: Sitzung. Geschäftliches (Anträge, Wahl des nächstjährigen Versammlungsortes, der Referatthemata usw.). Zweites Referat mit Diskussion. Vorträge. 12½ bis 1½ Uhr: Frühstückspause. 1½ bis 5 Uhr: Vorträge. Schluß der Versammlung.

Sonntag, den 29. Sept. 8½ Uhr: Demonstrationen im Hörsaal des Museums für Völkerkunde, Rotenbaumchaussee. Daselbst findet auch eine Ausstellung von neurologisch interessierenden Präparaten statt. 12 Uhr: Abfahrt nach dem Hafen zur Hafenrundfahrt mit einem Dampfer der Hamburg-Amerika-Linie. 2 Uhr: Frühstück auf einem großen Hapag-Dampfer, gegeben von der Hamburg-Amerika-Linie.

Wissenschaftliches Programm.

I. Referate.

1. Die klinische Stellung der sogen. genuinen Epilepsie (Referenten: Redlich-Wien und Binswanger-Jena). 2. Stand der Lehre vom Sympathicus (Referenten: L. R. Müller-Augsburg und Hans H. Meyer-Wien).

II. Vorträge.

1. R. Bárány-Wien: Weitere Untersuchungen und Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Vestibularapparat u. Zentralnervensystem. 2. L. Brauer-Hamburg und W. Spielmeyer-Freiburg: Die klinischen und anatomischen Folgen der zerebralen Luftembolie. 3. R. Cassirer-Berlin: Die Rolle des vegetativen Nervensystems in der Pathologie der vasomotorisch-trophischen Neurosen. 4. H. Curschmann-Mainz: Zerebrale Syndrome der Tetanie und Calciumtherapie. 5. L. Edinger-Frankfurt: Der tonostatische Apparat. 6. S. Fackenheim-Cassel: Die Crotalinbehandlung der Epilepsie. 7. O. Foerster-Breslau: Arteriosklerotische Neuritis und Radiculitis. 8. Gregor-Leipzig und P. Schilder-Leipzig: Muskelstudien mit dem Saitengalvanometer. 9. O. Kalischer-Berlin: Über die Bedeutung der Dressurmethode für die Erforschung des Nervensystems. 10. J. P. Karplus-Wien und A. Kreidl-Wien: Über reflektorische Pupillenstarre. 11. O. Kohnstamm-Königstein-Taunus: Über eine organische Ursache bei sogen. hysterischer Harnverhaltung (kurze Mitteilung). 12. R. Laudenheimer-Alsbach: Stoff-

wechselversuche an Epileptikern. 13. O. Marburg-Wien: Die Lokalisation des Nystagmus. 14. W. Mayer-Tübingen: Vergleichende Untersuchungen über den Zellreichtum der Großhirnrinde in der Säugetierreihe. 15. O. B. Mayer-Würzburg: a) Zur Funktion der Sympathicusendigungen in der Gefäßwand. b) Neue Apparate zur Behandlung des Schreibkrampfes. 16. G. Mingazzini-Rom: Beiträge zum Studium der Aphasie (mit Demonstrationen). 17. G. Peritz-Berlin: Über Spasmophilie. 18. Rosenfeld-Straßburg: Über das Verhalten einiger Reflexe bei Bewußtseinsstörungen. 19. M. Rothmann-Berlin: Über das Zustandekommen der epileptiformen Krämpfe. 20. Th. Rumpf-Bonn und P. Horn-Bonn: Über den Verlauf der nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. 21. P. Schilder-Leipzig: Über die Encephalitis periaxialis diffusa (Diffuse Sklerose). 22. Erich Schlesinger-Berlin: Über den Schwellenwert der Pupillenreaktion und die Reflexbreite des Fundus; Untersuchungen auf Grund einer neuen Methodik. 23. Hermann Schlesinger-Wien: Über Meningitis im Senium. 24. A. Schüller-Wien: Die Schädelveränderungen bei intrakranieller Drucksteigerung. 25. A. Steyerthal-Kleinen (Meckl.): Verlaufseigentümlichkeiten der progressiven Paralyse. 26. E. Stransky-Wien: Korsakoffsche Psychose und Hirntumor. 27. Thoden van Velzen-Joachimsthal-Uckerm.: Das Sehzentrum. 28. O. Veraguth-Zürich: Neue Untersuchungen über das psychogalvanische Reflexphänomen.

III. Demonstrationen.

1. Boettiger-Hamburg: Aus dem Gebiete der Hirnapoplexie. 2. Deneke-Hamburg: Aortitis luetica bei Tabes. 3. Fraenkel, Lüttge usw.: Klinische und anatomische Demonstrationen zur Sclerosis multiplex. 4. Nonne-Hamburg: Klinische Demonstrationen aus dem Gebiete von „Syphilis und Nervensystem". 5. E. Redlich-Wien: Demonstrationen zur Pathologie der Sehsphäre. 6. Saenger-Hamburg: Demonstrationen aus dem Gebiete der Neurologie des Auges. 7. Weygandt-Hamburg: Demonstrationen zum Kapitel des Infantilismus.

Der freundlichen Beachtung der Herren Referenten und Vortragenden werden die Einzelbestimmungen der §§ 11 bis 13 unserer Geschäftsordnung empfohlen:

Zeitdauer der Vorträge: für die Referate 30 bis 45 Minuten, allerhöchstens 1 Stunde (für Doppelreferate je 30 bis 40 Min., zusammen höchstens 1½ Stunden), für die Einzelvorträge 15 bis 20 Min. — In der Diskussion im allgemeinen 6 bis 10 Min. für den einzelnen Redner. — Bei drängender Zeit kann die Versammlung eine Reduktion dieser Vortragszeiten beschließen.

— Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge. (Fortsetzung.)

III. Sitzung. 31. Mai, vormittags 9 Uhr. Aula der Universität.

Zweites Referat: „Die Behandlung der progressiven Paralyse."

Spielmeyer-Freiburg: Das Thema des Referates gliedert sich in zwei Teile: erstens in die Erörterung der allgemeinen Heilungsaussichten, welche die Paralyse hat, und zweitens in die Besprechung alles dessen, was heute schon therapeutisch gegen die Paralyse getan werden kann. In diesem ersten Abschnitt werden die prinzipiell wichtigen Erfahrungstatsachen aus der Klinik, der pathologischen Anatomie, der Ätiologie und unsere Kenntnis von dem Wesen der Paralyse aufgeführt und Erwägungen daran geknüpft werden, welche für die Bekämpfung der Paralyse maßgebend sein müssen.

Vom klinischen Standpunkte aus erscheint die Heilbarkeit der Paralyse nicht so ausgeschlossen, wie es nach dem Gros der Fälle vermutet werden könnte. Daß eine Remission einmal dauernd bestehen bleibt oder es auch bei der Paralyse nur zur Ausbildung einer nachher stationärwerdenden forme fruste (ähnlich wie bei der Tabes dorsalis) kommen kann, ist gewiß nicht auszuschließen. Aber die Diskussion über die stationäre Paralyse (Alzheimer, Gaupp) lehrt, daß das zum mindesten außerordentlich selten der Fall sein dürfte. Bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen geheilter oder stationär gebliebener Paralysen handelt es sich zum Teil doch nur um besonders vollständige und lang dauernde Remissionen oder auch um ganz andersartige Erkrankungen, d. h. also um Fehldiagnosen. Immerhin bleiben einige, wenn auch sehr wenige Fälle übrig, bei denen sich der Beweis nicht führen läßt, es sei keine geheilte Paralyse gewesen (Wernicke, Schüle, Leredde, Nonne u. a.). Dabei ist es bemerkenswert, daß sowohl die Paralysen mit Hinterstrang-, wie die mit Seitenstrangerscheinungen zu einer solchen Art von Heilung gelangen können. Der sichere Beweis für die Richtigkeit der Auffassung solcher Fälle als geheilter Paralysen läßt sich erst auf Grund der anatomischen Untersuchung erbringen.

Aus den klinischen Beobachtungen müssen wir erstens die Bedingungen kennen lernen, unter denen es zu einer besonders vollkommenen und langdauernden Rückbildung der paralytischen Erscheinungen kommt. Vielleicht spielen außer der Hyperthermie und der Hyperleukozytose (bei fieberhaften Krankheiten) noch andere Dinge mit, die für das Zustandekommen der Remissionen wesentlich sind. Zweitens ist auch aus den neuen Erfahrungen über die Verlaufseigentümlichkeiten der Paralyse und über die Abgrenzung dieser Krankheit die Warnung vor einer Täuschung durch Scheinheilungen abzuleiten. Bonhoeffer und Oppenheim haben neuerdings wieder gezeigt, daß die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose doch gerade bei den Fällen liegen, welche die wetterleuchtende Bedingung von Alt erfüllen. Es ist Nonnes Forderung zu unterstützen, daß die Autoren, welche über Heilung oder Stationärwerden von Paralysen berichten, uns von Zeit zu Zeit über ihre Beobachtungen an jenen Fällen orientieren. Bei der Beurteilung des Effektes der Therapie hat man sich vor einer Überschätzung der Bedeutung der Reaktionen zu hüten; das Verhalten des Reaktionsbildes geht keineswegs dem allge-

meinen Krankheitszustande parallel (Nonne). Alles das ist ganz besonders bei der Prüfung neuer Heilmittel in Rücksicht zu ziehen.

Auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus ist die Heilungsmöglichkeit der Paralyse nicht auszuschließen. Selbstverständlich kann es sich nur um eine Heilung mit Defekt handeln, jedoch lehren gerade die noch in späten Stadien beobachteten guten Remissionen, daß das Zentralorgan auch bei diesem diffusen Prozeß über eine weitgehende Kompensationsmöglichkeit verfügt. Manche Veränderungen akuter Art dürften wohl auch reparabel sein, wie z. B. gewisse Zellerkrankungen. Vor allem aber wird das restierende Gewebe in viel vollkommenerem Maße seine Funktion wieder aufnehmen können, wenn die akuten Veränderungen abgelaufen sind; wir sehen das ja besonders auch bei der multiplen Sklerose, die manche anatomische Ähnlichkeit zur Paralyse aufweist. Auch bei der Tabes dorsalis kann der Prozeß ausheilen. Vor allem aber ist bei der Paralyse selbst in gar nicht so seltenen Fällen ein Abklingen des Prozesses in diesen und jenen Partien des Gehirnes und damit ein Ausheilen unter Narbenbildung festzustellen, sowohl was die degenerativen, wie was die infiltrativen Vorgänge anlangt. Aber es handelt sich da immer nur um ein lokales Ausheilen; in anderen Partien des Zentralorgans zeigen solche Fälle ein Weiterschreiten der Erkrankung. Als stationäre Paralysen können wir aber nur solche Fälle auffassen, in denen lediglich die irreparablen Veränderungen aufzufinden sind. Deshalb gehören auch nach Alzheimers Ausführung seine beiden Fälle mit ungewöhnlich lang dauernder klinischer Remission resp. mit äußerst protrahiertem Verlaufe nicht zur stationären Paralyse in diesem Sinne. Vielleicht haben nach Alzheimer gerade die Fälle von Paralyse die besondere Tendenz zu sehr langsamer Progression, bei denen die degenerativen Vorgänge vorherrschen. Die Erfahrungen bei der Tabes dorsalis, bei welcher es ja auch viel häufiger zu einem Stationärwerden des Prozesses kommt, und bei welcher doch auch die entzündlichen Erscheinungen gegenüber den degenerativen sehr zurücktreten, scheinen diese Vermutung zu stützen. Es wird darauf ankommen, klinisch gut geklärte Fälle geheilter oder stationär gewordener Paralysen ausführlich anatomisch zu analysieren, ehe man die Heilbarkeit der Paralyse sicher beweisen kann. Dabei wird man sich gegenwärtig halten müssen, daß die anatomische Diagnose einer lang abgelaufenen Paralyse nicht immer leicht sein dürfte.

Der Tuczeksche Fall einer angeblich geheilten Paralyse hat bei der anatomischen Untersuchung bisher leider keine Klärung gefunden. Knoblauch sah keine der Paralyse entsprechende Veränderungen, während nach Nißls Untersuchungen sichere paralytische Veränderungen festzustellen waren.

Bezüglich der Ätiologie kann es hier nicht darauf ankommen, alle die endogenen und exogenen Momente aufzuführen, welche neben der Syphilis in der Pathogenese der Paralyse von Bedeutung sein könnten (cfr. das Referat von Plaut und Fischer über die Lues-Paralyse-Frage). Wir haben auch heute keinen weiteren Aufschluß über die Frage gewinnen können, was zur Lues hinzukommen muß, damit sich eine Paralyse entwickelt. Vielleicht läßt sich diese Frage experimentell in Angriff nehmen, und da man nach Spirochäteninfektionen paralyseähnliche Veränderungen bisher nicht beobachtet hat, so wäre es vielleicht zweckmäßig, den Weg vergleichender Krankheitsforschung zu beschreiten und bei den Trypanosomenkrankheiten dieser Frage nachzugehen. Auch wenn die Schaudinsche Hypothese von der Verwandtschaft zwischen Trypanosoma und Spirochäte unrichtig sein sollte, so zeigen doch die experimentell therapeutischen Bestrebungen von Uhlenhut, Ehrlich u. a., daß die Erfahrungen, die man bei Trypanosomenkrankheiten mit den Arsenmitteln gemacht hatte, sich mit großem Nutzen auf die Bekämpfung der Spirillosen übertragen ließen; und wir selber glauben den Beweis erbracht zu haben, daß auch für die pathologisch-anatomische Klärung der syphilidogenen Nervenkrankheiten eine solche vergleichende Krankheitsforschung von einigem Nutzen war.

Vielleicht gelänge es, Klarheit über die Frage zu bekommen, ob es eine Syphilis à virus nerveux gibt, welche bekanntlich den einen bewiesen gilt, während sie die anderen ebenso entschieden ablehnen. Vom allgemeinen biologischen Standpunkte aus erscheint es keineswegs ausgeschlossen, daß es Spirochäten mit einer besonderen Affinität zum Nervensystem gibt. Bei Trypanosomen jedenfalls sehen wir, daß morphologisch nicht trennbare Erreger die allerverschiedensten Veränderungen bei verschiedenen Tieren erzeugen. Wahrscheinlich stammen die pathogenen Trypanosomen von einer Ausgangsform ab und haben in ihrer historischen Entwicklung je nach Umständen ihrer Weiterzucht diese und jene Eigenschaften erworben. So erzeugen manche Trypanosomen vorwiegend Veränderungen des Blutes, der Drüsen, der Knochenhaut, während andere, wie das Trypanosoma gambiense, beim Menschen häufig zentrale Erkrankungen auslösen. Ich selber beobachtete, daß ein Trypanosoma nach besonderen Tierpassagen eine spezielle Affinität zum Nervensystem erlangte, während es gewöhnlich zentrale Veränderungen nicht erzeugte. Es ist das jenes Trypanosoma Brucei, nach dessen Einimpfung bei Hunden die von mir sogenannte „Trypanosomentabes" auftrat. Dieses Trypanosoma hat inzwischen seit ca. vier Jahren die speziellen Eigenschaften verloren, so daß eine Trypanosomentabes bei den Hunden nicht wieder beobachtet wurde. Meines Erachtens sprechen diese Beobachtungen im Sinne einer „Trypanosomiasis à virus nerveux".

Auch die Spirochäten sind wie die Trypanosomen offenbar von sehr labiler Art und bilden leicht unter dem Einfluß äußerer Bedingungen verschiedenartige Rassen. Dafür sprechen die verschiedenen Formen des Rückfallfiebers, bei denen es sich auch um morphologisch gleichartige Erreger handelt, die

jedoch different sind in ihrer Virulenz für Tiere und in ihren Immunitätsreaktionen.

Aber auch bei der Trypanosomiasis wird eine scheinbare Regellosigkeit beobachtet, mit welcher bald dieses bald jenes Individuum von einer zentralen Erkrankung befallen wird. Nur etwa 1 bis 2% meiner Versuchstiere zeigten Veränderungen vom Typus der Schlafkrankheit. Vielleicht gelingt es so experimentell auch die zweite Frage einer Klärung zuzuführen, ob und inwiefern hier individuelle Dispositionen mitwirken. Man wird vor allem im Sinne von Plaut zu untersuchen haben, ob solche Tiere über mangelhafte Schutzvorrichtungen verfügen, so daß es leichter zu jener Umstimmung der Gewebe kommt, welche sich in dem anatomischen Substrat der paralyseähnlichen Schlafkrankheit ausdrückt. Auch für die Kraepelinsche Hypothese, daß die Paralyse eine Stoffwechselkrankheit darstelle, und daß eine Organerkrankung vielleicht das Zwischenglied zwischen Syphilis und Paralyse darstelle, wäre vielleicht so experimentell eine Prüfung möglich.

Von Bedeutung für die Therapie ist schließlich, was wir von dem Wesen der Paralyse wissen. Viele halten sich wohl zu eng an den Strümpellschen Vergleich, daß die Paralyse eine „Nachkrankheit" der Syphilis ist, wie etwa die postdiphtherische Lähmung nach einer Diphtherie. Eine so enge Fassung des Begriffes der Nachkrankheit ist nicht bewiesen, und gerade der Verlauf der Paralyse in Schüben und mit Remissionen spricht neben manchem anderem gegen eine solche Auffassung. Vor allem weist auch das Vorhandensein der Wassermannschen Reaktion in fast allen Paralysen auf eine aktivere Tätigkeit des syphilitischen Virus hin. Daß die Spirochäten bei der Paralyse bisher nicht nachgewiesen werden konnten, beweist nicht, daß nun der Paralytiker kein Spirochätenträger mehr wäre. Auch bei experimenteller Schlafkrankheit fand ich am eklatantesten in einem früher von mir veröffentlichten Falle keine Erreger vor dem Ausbruche der zentralen Erkrankung und während derselben. — Die pathologische Anatomie kann zur Entscheidung der Frage, ob die Paralyse noch ein syphilitischer Prozeß oder nur eine Nachkrankheit der Lues sei, nicht herangezogen werden. Das haben Nißl und Erb für die Paralyse und Tabes mit großer Energie betont. Wir sind ja häufig nicht einmal in der Lage zu entscheiden, was syphilitisch ist (wir müssen uns da vielmehr von der Klinik leiten lassen), noch weniger aber können wir anatomisch erklären, diese oder jene Veränderung sei nicht mehr syphilitischer Art. Auf dem Boden der Syphilis können die allerverschiedensten zentralen Erkrankungen entstehen, und wir haben nicht die Möglichkeit oder das Recht zu sagen, bis dahin handle es sich um echt syphilitische Prozesse und von da ab gälte uns die Erkrankung nur noch als Nachkrankheit der Syphilis. Selbstverständlich stellt die Paralyse einen eigenartigen anatomischen Prozeß dar, der auch von den gewöhnlichen Formen der Hirnsyphilis abgegrenzt werden kann, aber wir sehen darin nicht eine Nachkrankheit, sondern einen syphilitischen Prozeß besonderer Art. Es handelt sich hier wohl im wesentlichen um eine Nomenklaturfrage, die einer Lösung keine besonderen Schwierigkeiten machen wird, wenn man sich der Eigenart jener verschiedenen Prozesse bewußt bleibt.

Für eine systematische chemotherapeutische Beeinflussung der Paralyse ist es natürlich von besonderer Bedeutung, ob wir in der Paralyse nur eine Nachkrankheit oder noch einen syphilitischen Prozeß sehen. Im ersteren Falle wäre die Anwendung eines spirillotropen Mittels sinnlos. Aber vielleicht beruht das gegen unsere bisherigen Arzneimittel refraktäre Verhalten der Erreger im paralytischen Organismus auf besonderen Veränderungen derselben (Hoche). Ehrlich betont, daß das eigenartige Verhalten mancher Trypanosomen gegen Arsenpräparate die Durchführung einer systematischen Therapie außerordentlich erschwere. Es gibt von Natur aus arsen- und quecksilberfeste Stämme, wie die Erfahrungen über die Trypanosomiasis im Kongogebiet (Broden u. a.) lehren. Und vielleicht spielen gerade solche natürlichen oder im infizierten Organismus erworbenen Eigentümlichkeiten der Spirochäten bei dem Paralyseerreger eine Rolle.

Vor allem wird es noch darauf ankommen, das Arzneimittel so im Organismus zu verteilen, daß der Erreger auch tatsächlich getroffen wird. Bekanntlich stellen die Meningen eine schwer überwindbare Scheidewand unseren Arzneimitteln entgegen und vielleicht erklären sich zum Teil die Mißerfolge unserer Therapie bei der Paralyse aus dieser mangelhaften Permeabilität der Meningen gegenüber den verschiedenen Medikamenten. Auch bei der Schlafkrankheit scheint nach dem Urteile verschiedener Sachverständiger eine Hauptschwierigkeit in der therapeutischen Bekämpfung darin zu liegen, daß die Arzneipräparate nicht in den Liquor und das Zentralorgan überzugehen pflegen. Nur das Trypanosomenfieber des Menschen ist wie die Syphilis mit Erfolg heilbar; dagegen erscheint es ebenso wie bei der Paralyse bisher bei voll entwickelter Schlafkrankheit unmöglich, die Erkrankung zu heilen, — worin ich wieder eine wichtige verwandtschaftliche Beziehung zwischen Schlafkrankheit und Paralyse sehe.

Alle diese Erfahrungen und Erwägungen konnten nicht dazu führen, einen neuen Weg für die Behandlung der Paralyse ausfindig zu machen; sie sollen lediglich die Richtlinie geben für den Versuch einer systematischen Behandlung dieser Krankheit. (Der Vortrag erscheint im „Archiv für Psychiatrie".) (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt).

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Bezüglich der Agglutination durch Krankenserum führt Lüdke aus, daß sie für die Diagnose frischer Erkrankungen „kaum in Betracht kommt,

da die Agglutinationswirkung des Serums erst relativ spät auftritt und die klinische Diagnose die richtige Diagnose eher stellen läßt. Nur für die zweifelhaften, in Rekonvaleszenz befindlichen oder schon abgeheilten Fälle vermag die Agglutination durch das Serum öfter gute Dienste zu leisten." Dazu kommt, daß bei Kranken, die mit dem Shiga-Krusestamm infiziert sind, die Stämme Flexner und Y in erheblichem Grade mitagglutiniert werden; das Umgekehrte wurde nur sehr selten beobachtet (Mitagglutination von Kruse-Bazillus bei Erkrankung an Flexner- oder Y-Typus. — Lüdke veröffentlicht das Ergebnis seiner zahlreichen auf diese Punkte gerichteten Untersuchungen in einer Reihe sehr instruktiver Tabellen. Wir heben daraus folgendes hervor: In 18 Fällen von Serum nicht an Ruhr leidender Personen wurde der Shiga-Krusesche Dysenteriebazillus in einer Serumverdünnung von 1:20 und darüber agglutiniert (darunter zweimal bei 1:50); es handelte sich in diesen Fällen um Infektionskrankheiten (6, 4 Typhus, 1 Sepsis, 1 Skarlatina), Chlorose (3), Chorea (1), Mitralinsuffizienz mit Ikterus (1), Pneumonie (2), Pleuritis (1), Leberkrankheiten (4, 3 Ikterus simplex, 1 Leberkrebs); von früher überstandener Dysenterie war bei diesen Fällen nichts bekannt geworden. Lüdke schließt daraus, daß nicht bloß eine Infektion mit anderen Bakterien als dem zur Agglutinationsprobe verwandten Stamm die gesteigerte Agglutinationsfähigkeit hervorrufen kann, sondern auch in den Stoffwechsel gebrachte Substanzen (Galle) oder eine bloße Änderung der Blutmischung (Chlorose) und ein gesteigerter Stoffwechsel (Gravidität). Diese Reaktionen traten nicht in der Stärke und Schnelligkeit wie bei Dysenterie auf, immerhin müssen in solchen Fällen weitere Serumverdünnungen zur Sicherung der Diagnose ausgeführt werden. Interessant sind auch Lüdkes Tabellen über die Dauer der Agglutinationskraft bei Ruhrkranken. Die Agglutinationskraft sinkt nach raschem Anstieg bald auf niedrige Werte, kann aber noch jahrelang nach Überstehen der Ruhr erhalten bleiben; etwa bei der kleinen Mehrzahl der Fälle ist sie nach zirka 1/2 Jahr geschwunden. Bei jahrelangem Fortbestehen der Agglutination ist zu untersuchen, ob etwa chronische Ruhr vorliegt. — Lüdke nimmt an, daß ähnlich wie bei Typhus durch Bazillen in der Gallenblase, so auch bei Ruhr durch dauerndes Vorkommen von Bazillen, oder durch Weiterbestehen von gewissen durch die Ruhr geschaffenen Stoffwechselverhältnissen die Produktion der Agglutinine noch eine Zeitlang fortgesetzt wird. [Bei passiver Immunisierung hielten sich die eingeführten Agglutinine viel kürzere Zeit (zehn Tage) im Serum.] Eine diagnostisch entscheidende Agglutinationsreaktion, worunter Lüdke eine solche in einer Konzentration von 1:50 versteht, wurde in etwa der Hälfte der Fälle schon acht Tage nach den ersten Symptomen festgestellt (in vereinzelten Fällen schon früher), in den übrigen Fällen später. Der höchste bei Ruhrkranken erzielte Titrewert war 1:2000. In leichten Fällen tritt die Agglutination nur schwach auf, manchmal kann sie sogar fehlen. Einige Autoren vermißten sie in Fällen mit letalem Ausgang. Über den Titrewert von 1:50 liegende Agglutination spricht beim Fehlen klinischer Symptome nicht für Ruhr durch Shiga-Kruse-Stämme; bei Flexner-Stämmen ist der Grenzwert 1:100. — Bakt. koli, typhi, paratyphi A und B, vulgare wurde durch Blutserum von Ruhrkranken (Shiga-Kruse-Bazillen) niemals mit einem Titrewert agglutiniert, der 1:50 erreicht hätte.

Auftreten und Verbreitung der bazillären Dysenterie. Die Bazillenruhr kommt fast überall auf der Erde vor, wo Menschen wohnen, am häufigsten in der gemäßigten Zone. Zunahme der Wärme begünstigt die Entwicklung und Ausbreitung der Ruhrerkrankungen. In tropischen Gegenden herrscht neben der Bazillenruhr die Amöbenruhr; eine genaue Statistik über die erstere ist daher dort schwer zu erbringen. In Deutschland beobachtet man eine Anschwellung der Ruhrepidemien im Spätsommer. Lüdke bezeichnet sie direkt als eine „Seuche des Spätsommers"; er sagt, daß die Witterungsverhältnisse in der Art die Ausbreitung der Epidemien beeinflussen, daß warme Sommer die Entwicklung der Ruhr befördern, kühle eine mehr hemmende Wirkung entfalten und der eintretende Winter der Erkrankung den epidemischen Charakter nimmt. Kriege-Barmen erklärt das regelmäßige An- und Abschwellen der Seuche im Spätsommer und in den Herbstmonaten mit der in dieser Jahreszeit gegebenen Steigerung der Disposition zu vielen Verdauungskrankheiten. Gegen Ende einer Epidemie hin und in der kühleren Jahreszeit verläuft die Ruhr oft milder. Einzelne Ruhrfälle schleppen sich durch den Winter und das Frühjahr hin und werden zur Quelle der neuen sommerlichen Epidemien. Vereinzelt kommen auch im Winter Ruhrepidemien vor. Es ist jedoch noch nicht als ausgeschlossen zu bezeichnen, daß sich im Winter Keime auch außerhalb des menschlichen Körpers halten können. Die Einschleppung der Bazillenruhr in eine ruhrfreie Gegend erfolgt stets durch eine (oder mehrere) ruhrkranke Menschen. Große Hitze und Dürre oder umgekehrt Feuchtigkeit, schroffer Temperaturwechsel, Erkältung, soziale Not etc. sind nur disponierende Momente. Verbreitung durch infiziertes Trinkwasser kann vorkommen, ist aber nur in vereinzelten Fällen nachgewiesen. Die Infektion aus infizierten Abwässern geschieht auch erst dadurch, daß an den Straßenrinnen spielende Kinder oder Passanten die Keime an den Händen bezw. Schuhen in die Häuser schleppen. Hier breitet sie sich am meisten bei den armen Bevölkerungsklassen, und zwar auffallend häufig bei den Bergarbeitern, und in ungesunden, schmutzigen Wohnungsverhältnissen aus. Bodenbeschaffenheit und Grundwasserstand spielen keine Rolle. Häufig kommt Verbreitung der Ruhr durch infizierte Nahrungsmittel und Eßgeschirre vor; seltener durch Staub und Fliegen; an letzteren wurden lebensfähige Ruhrbazillen experimentell nachgewiesen; die Fliegen hatten auf ruhrbazillenhaltigen Fäzes gesessen. Die Einschleppung geschieht sowohl durch Ruhrkranke, besonders leichtkranke und solche mit chronischer Ruhr als auch durch Rekonvaleszenten

und scheinbar gesunde Bazillenträger. Nach Conradi erhält sich in der Regel jeder Ruhrkranke wenigstens ein bis zwei Wochen lang über die Zeit der Krankheitserscheinungen hinaus noch infektionstüchtig. Simon fand in 7,2% der von ihm untersuchten Fälle einer Y-Epidemie noch drei Monate nach beendeter Epidemie wieder Bazillen. Daß es echte gesunde Bazillenträger (Dysenterie- und Pseudodysenteriebazillen) gibt, wird auf Grund der Untersuchungen von Kruse und M. Wollstein bestritten. — Lüdke meint, daß, wenn bei Bazillenträgern, Rekonvaleszenten und Dauerausscheidern nicht schleimig-blutige oder rein schleimige diarrhöische Entleerungen vorliegen, die Ansteckungsquelle durch solche Bazillenträger nicht allzu hoch zu veranschlagen sein dürfte, weil die Zahl der Bazillen in den Stühlen und die Zahl der bazillenhaltigen Stühle selbst zu unbedeutend sei. Die immerhin notwendige ständige ärztliche Überwachung der Dauerausscheider und der rezidivierenden Fälle wegen Eintretens von Durchfällen wird sich kaum durchführen lassen. Auch die Fälle sporadischer Ruhr, der Anstaltsruhr, der Enteritis follikularis der Kinder und die Winterfälle erfordern sorgfältige Überwachung. — Die Gallenblase kommt als Herd von Bazillen nicht in Frage für die Verbreitung der Ruhr. — Die Ruhrbazillen halten sich in der Außenwelt nur unter den allergünstigsten Bedingungen; in Ruhrentleerungen, die ein bis zwei Tage sogar in der Sonnenhitze stehen gelassen werden, sind sie infolge Überwucherung durch andere Keime kaum noch nachweisbar. An Kleidungsstücke angetrocknet gehen sie weniger leicht zugrunde.

Als vorbeugende Maßnahmen kommen natürlich außer strenger Isolierung der Kranken und Ruhrverdächtigen, wenn irgend tunlich in einem Krankenhause, Desinfektion der Ruhrentleerungen und aller mit solchen in Berührung gewesenen Gegenstände in Betracht, sowie diejenige der Abwässer, der Gebrauchsgegenstände des Kranken (besonders auch der Inhalt von Strohsack und Matratze!) und endlich des Kranken selbst, soweit ausführbar, und der Ärzte und des Pflegepersonals. Als Entlassungstermin Ruhrkranker aus einem Krankenhause schlägt Lüdke vor, daß nach drei exakten Stuhluntersuchungen, die im Laufe von 10 bis 14 Tagen nach der klinischen Genesung vorzunehmen sind und die negativen Befund ergeben haben, der Genesene als vorläufig bazillenfrei erklärt wird. Bei jeder Ruhrepidemie soll man durch Massenuntersuchungen nach Bazillenträgern und suspekten Darmkatarrhen fahnden. Vor allem aber soll man für Reinlichkeit sorgen, denn die Ruhr haftet da, „wo der Schmutz haftet". —

Weitere neuere Arbeiten über Bazillenruhr.

In einer Arbeit „über neuere bakteriologische Befunde bei Ruhrerkrankungen" aus der bakteriologischen Abteilung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin berichtet Baerthlein*) über das Ergebnis seiner bakteriologischen Untersuchungen bei ca. 60 Krankheitsfällen. Das klinische Bild bot in den schwereren Fällen: hohes Fieber, starkes Erbrechen, zahlreiche, mit Schleim, Blut oder Eiter vermengte Ausleerungen (bis neun am Tage), heftige Kopf- und Leibschmerzen, schwere, mit dem Fieberanstieg Hand in Hand gehende Benommenheit und Fieberdelirien, leichten Ikterus. Dauer zirka eine Woche; schleppende Rekonvaleszenz. Bei den — späteren — leichteren Fällen: Kopf- und Leibschmerzen, wässerige oder dünnbreiige Stuhlentleerungen (3 bis 6 täglich); Dauer ca. drei Tage. Die Kulturen von vier der ersten Fälle zeigten genau die gleichen morphologischen Eigenschaften wie die Ruhrbazillen, aber ein kulturelles Verhalten, das sich mit dem der Typhusbazillen vollständig deckte. Die zum Vergleich herangezogenen Ruhrstämme (Shiga-Kruse-, Flexner-, Y-, Strong-Stamm) zeigten innerhalb 24 Stunden nicht die für Typhus und Baerthleins Kulturen charakteristische Koagulation in den Differentialnährböden. Nur die Nährböden Barsiekow I und Hetsch schienen verschiedentlich in der Weise wie bei Baerthleins Kultur durch Flexner-Stamm verändert zu werden, so daß differentialdiagnostisch nur der Shiga-Kruse-Stamm in Betracht kommt. Baerthleins Kulturen zeigten auch auf den von Lentz als Differenzierungsmittel für die verschiedenen Dysenteriebazillen angegebenen Zuckernährböden Reaktionen, die mit Typhus und Flexner-Ruhr, nicht aber mit Shiga-Kruse-, Y-, bezw. Strong-Stämmen in Einklang standen. Sie vergärten innerhalb 24 Stunden Mannit und Maltose, aber nicht Saccharose. Sie wuchsen in den für Typhus- und Shiga-Krusebazillen charakteristischen, aber gelegentlich auch bei Y-Ruhr beobachteten, weinblattförmigen, oberflächlichen Kolonien und in rundlichen, gelblichen, tiefliegenden, nichtcharakteristischen Formen. Indolbildung fand nicht statt. Durch Typhusimmunserum wurden sie nicht agglutiniert. — Nach Lentz unterscheidet man giftige Dysenteriebazillen, nämlich Shiga-Kruse-Bazillen, und giftarme (Lackmus-Mannitagar rötende), nämlich Flexner-, Y- und Strong-Bazillen, welche in drei Untergruppen durch ihr Verhalten gegenüber den Disacchariden Maltose und Saccharose unterschieden werden. Baerthlein hat bestätigt gefunden, daß diese letztere Unterscheidung nur an frisch aus dem Körper isolierten Stämmen möglich ist; auch durch Agglutination lassen sich diese drei Untergruppen nicht sicher voneinander trennen. Nach Händel ist eine Trennung der giftigen von den giftarmen Dysenteriebazillen mit Hilfe der Agglutination durch Verwendung von Kaninchenimmunsera möglich. Immunserum von Shiga-Stamm, bei Pferden und Eseln gewonnen, agglutiniert Flexner- und Y-Stamm mit. Baerthleins Kulturen wurden weder durch Shiga-Kruse-Kaninchen-Serum (Titer 1:2000) noch durch Flexner-Kaninchen-Serum (1:6000), noch durch Y-Kaninchen-Sera (1:3000 bezw. 1:8000) agglutiniert. Mit den Patientenseris agglutinierten Baerthleins Stämme deutlich, standen also in ursächlichem Zusammenhang mit dem Krankheitsprozeß, nicht aber agglutinierten damit Typhus-, Paratyphus A und B-, Gärtner- und die Ruhrstämme (Shiga-Kruse, Flexner, Y, Strong). Normale

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 735.

Menschensera agglutinierten die Baerthlein-Kulturen nicht. Die Virulenz wurde an Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Mäusen nachgewiesen, desgleichen die Giftigkeit. Einige der Stämme Baerthleins zeigten bereits auf den ersten mit Stuhlmaterial beimpften Drigalskischen Blauplatten das typische Bild der Mutation, und zwar wuchsen sie in zwei scharf unterschiedenen Kolonieformen, die für sich weiter gezüchtet werden konnten —, große, unregelmäßig gestaltete, zackige, auf der Agarplatte trübe Kolonien und kleinere, glattrandige, durchscheinende; es ergaben sich zwei morphologisch differente (kurze dünne und lange dicke), aber serologisch nicht verschiedene Bakterien. — Baerthlein rechnet seine Stämme zu der Gruppe der Ruhrerreger.

„Über die Erfolge der Behandlung der bazillären Dysenterie (Shiga-Kruse) mit antitoxischem Serum“ berichtet Prof. R. Kraus aus dem staatlichen serotherapeutischen Institut in Wien.*) Das antitoxische Serum des genannten Instituts wird seit 1905 in der Praxis verwendet; nach den übereinstimmenden Erfahrungen der Autoren kürzt es die Krankheitsdauer wesentlich ab und setzt die Sterblichkeit herab. „Bei der Durchsicht der Mitteilungen der behandelnden Ärzte findet man immer wieder eine Übereinstimmung über die prompte Wirkung des Serums, wie man sie bei keiner anderen Serumbehandlung antrifft.“ Nach frühzeitiger Serumbehandlung wird die Krankheit innerhalb von Stunden günstig beeinflußt. Auch bei spät injizierten Fällen zeigt sich noch eine günstige Wirkung. Nach Kraus handelt es sich bei diesem Serum um eine rein antitoxische Wirkung, nicht um eine anti-endotoxische bezw. bakterizide; er begründet seine Auffassung durch folgende Argumente: „1. Das Toxin des Dysenteriebazillus Shiga-Kruse erzeugt bei Kaninchen, Hunden, Affen sowie beim Menschen anatomische Veränderungen des Darmes, die sich von der bei der menschlichen Dysenterie nicht unterscheiden. 2. Ein mit diesem Toxin gewonnenes Serum, das nur schwach bakterizid wirkt, hauptsächlich aber antitoxisch ist, hat bei der menschlichen Dysenterie außerordentlich günstige Wirkungen aufzuweisen.“

*) Deutsche med. Wochenschrift, 1912, S. 450.

Im Jahre 1911 wurden von neuem Erfahrungen über dieses Serum gewonnen, und zwar an 2085 behandelten Dysenteriefällen einer im Sommer und Herbst in Galizien, in der Bukowina und in Steyermark stattgehabten schweren Dysenterieepidemie, durch Shiga-Kruse-Bazillus hervorgerufen. Das Serum wurde in der üblichen Weise in Mengen von 20 bis 40 ccm angewandt. Aus dem amtlichen Bericht über die Epidemie in Galizien ergab sich, daß von 1420 behandelten Fällen 137 Fälle = 9,65 %, von 6914 unbehandelten Fällen 1321 Fälle = 19,1 % starben. In der Bukowina wurden 417 Fälle behandelt, davon starben 38 = 9,1 %, 733 Fälle nicht behandelt, davon starben 141 = 19,2 %. In Steyermark wurden 248 Fälle behandelt; es starben 30 Fälle, von den 66 Unbehandelten starben 17. Bei Flexner-Dysenterie ist das Serum ohne Wirkung. Nach dem amtlichen Bericht hat die prophylaktische Injektion des Serums großen praktischen Wert; die Erkrankungen, welche trotz Injektion auftraten, waren leicht.

R. Kraus und St. Baecher*) berichteten später noch einmal über das antitoxische Serum gegen Dysenterie, das mittels Dysenterietoxins (Shiga-Kruse-Bazillen) hergestellt wurde und mit dem es in ausgedehnten Versuchen gelang, die Sterblichkeit von mehr als 20 % bei nicht behandelten, auf weniger als 10 % bei behandelten Fällen herabzusetzen. Der Heilerfolg ist desto günstiger, je schneller das Mittel angewendet wird. Durch Tierversuche wird nachgewiesen, daß es sich um antitoxische, nicht um bakterizide Wirkung handelt.

*) Zur Frage der antitoxischen Wirkung des Dysenterieserums. Journ. of state med. 1912, Bd. 20, Nr. 4 u. 5. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 1192.

(Fortsetzung folgt.)

Druckfehler-Berichtigung.

Auf Seite 191, rechte Spalte, Zeile 12 von unten muß es statt: bakteriologischen heißen: bakteriolytischen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 10. August **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus der Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, Direktor: Dr. Herting.)

Beitrag zur Behandlung von Geisteskranken.

Von Oberarzt Dr. *Neu*.

Die Frage, ob und inwieweit die äußeren Erscheinungsformen bei Geistesstörungen als zum Krankheitsbilde zugehörige, in der Natur der Erkrankung begründete, unabweisbare Notwendigkeiten anzusehen sind, oder mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpft und zum mindesten beeinflußt werden können, findet nicht überall die gleiche Beurteilung.

Die Beseitigung der Zwangsmittel, vom Gitterbett zum ungeschützten Fenster, von der Tobzelle zur offenen Tür, hat einen ungeahnt günstigen Einfluß auf den Ablauf der Psychosen hervorgerufen. Dann traten die nach dem System der offenen Tür gebauten kolonialen Anstalten in den Vordergrund und wieder war die Wirkung auf der „Erscheinungen Flucht" eine frappante und erfreuliche.

Wenn man nun weiter die Beobachtung macht, daß in den modernen Anstalten, je nach der Persönlichkeit des Arztes, der Geist, der Ton des Hauses ein verschiedenartiger ist, so drängt sich die Frage auf, welche Dinge sind es, die den Verlauf der Seelenstörungen zu modifizieren und in bestimmte, gewollte Bahnen zu lenken imstande sind.

Der hypothetische Normalmensch reagiert auf Reize in annähernd vorausbestimmbarer Weise, der geisteskranke, in seinem Gefühls- und Affektleben veränderte Mensch in Formen, welche die auf ein anderes Niveau gebrachte seelische Gleichgewichtslage zur Basis haben. Je tiefer wir also in das Wesen der krankhaften Persönlichkeit einzudringen vermögen, um so sicherer wird es uns gelingen, diese auf schärferer Schneide aufgesetzte Gleichgewichtslage nicht zu stören.

Wir können somit kranke Gemütsverstimmungen in günstigem Sinne beeinflussen, Affekte im Keime ersticken oder mildern. Auch das Fernhalten schädlicher Einflüsse ist dem Willen des Arztes zugänglich, aber die Anwendung dieses Mittels hat nicht nur Kenntnisse für die psychologischen Vorgänge im kranken Einzelindividuum zur Voraussetzung, sondern sie umfaßt das Milieu mit allen seinen Teilerscheinungen.

Welch mächtigen Anreiz zu zornmütigen Exzessen und melancholischer Verzagtheit die alte Anstalt bot, erfuhren wir aus dem Munde der Kranken selbst, und noch heute bereiten uns in der Behandlung und Pflege jene Kranken die größten Schwierigkeiten, die nicht im Geiste moderner Therapie groß geworden sind. Die Prophylaxe, das vornehmste Mittel des Arztes, kommt hier zu spät, und das Verständnis und Empfindungsvermögen für die mannigfachen Nüancen der Behandlung, wie sie der große Apparat einer modernen Anstalt zur Verfügung stellt, ist abgestumpft oder verödet. Kein gutes Beispiel, keine erzieherische Beeinflussung vermögen die bösen Sitten zu verbessern. Und die Macht des Beispiels darf nicht gering angeschlagen werden und die Duplizität der Fälle ist kein bloßer Zufall.

Auch wenn an Stelle der heutigen symptomatischen Therapie einmal die kausale tritt, wird man auf die psychische Behandlung nicht verzichten können. Solange wenigstens nicht, bis ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung und

ihren äußeren Erscheinungsformen nachgewiesen ist. Heute ist dieser Beweis noch nicht erbracht, nicht einmal für die auf organischer Grundlage fußenden Psychosen.

Kraepelin z. B. empfiehlt bei Aufregungszuständen der Paralytiker Versetzung in eine ruhige Umgebung, die Bettruhe, ein Bad, sowie die Ablenkung durch freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepaßtes Entgegenkommen.

Paetz erblickt die häufigste Gelegenheitsursache zu den heftigen Erregungszuständen der Paralytiker und anderer chronischen Kranken in hartnäckiger Obstipation.

Bett- und Wachsaalbehandlung haben heute wohl überall Eingang gefunden, aber Zelle, Zwangsjacke und andere, einer früheren Zeit angehörige Mittel in der Behandlung erregter und gefährlicher Kranken sind noch nicht überall außer Gebrauch. Konservativer Sinn scheint ganz besonders dem Irrenarzt eigen zu sein, aber nur die gänzliche Verzichtleistung auf jene Gewaltmittel hat mit dem alten System gebrochen. Schon beim Bau der Anstalten glaubt man auf die Eigenart der zukünftigen Bewohner die größte Rücksicht nehmen zu müssen und ersinnt und konstruiert Vorrichtungen komplizierter und kostspieliger Art, die entbehrt werden können. Bauanlage und Behandlung pflegen einander kongruent zu sein und man will es vielfach nicht wahr wissen, daß auch bei Geisteskranken Vertrauen Vertrauen erweckt.

In früherer Zeit bestand die Hauptaufgabe für das Wärterpersonal in der Führung der Aufsicht; Körpergröße und Kraft waren ausschlaggebend für die Aufnahme in den Wärterstand. Es galt Flucht, Selbstmord und gegenseitige Verletzungen zu verhindern. Im übrigen kümmerte man sich wenig oder gar nicht um die Kranken und ließ sie sich kleiden, drapieren, benehmen nach Herzenslust. Daher die große Zahl der phantastisch gekleideten Kranken mit noch phantastischeren Manieren. Entlassung war selten, Beurlaubung unbekannt. Auf Flucht sann jeder, weil sie Erlösung, Befreiung bedeutete.

Hier hat wieder die moderne Psychiatrie gewaltig aufgeräumt. Der Irre ist zum Kranken geworden. Bei aller Freiheit, die wir heute unseren Kranken schenken, sind Entweichungen selten und man darf wohl sagen, weil wir die größtmögliche Freiheit gewähren, darum unterbleibt die Flucht. Nur Kriminelle und Degenerierte machen hier wie überall Schwierigkeiten. Für das Maß der Freiheit und des Wohlwollens haben selbst verblödete und scheinbar gänzlich abgestumpfte Kranke noch ein gewisses Empfindungsvermögen.

Vor eine andere erfreuliche Aufgabe ist unser in modernem Geiste erzogenes Pflegepersonal gestellt. Es soll helfen und erziehen, trösten und beruhigen, anregen und zerstreuen, alles an seinem Platze, jedes zu seiner Zeit. Hierzu gehört eine geordnete Krankenpflege, ein geschultes, verständiges Personal, das Geduld und Freundlichkeit, Takt und feines Empfinden besitzen muß, um seiner wirklichen Aufgabe gerecht zu werden. Der Wert eines gebildeten Pflegepersonals kann nicht hoch genug angeschlagen werden und seine Ausbildung ist daher von größter Wichtigkeit. Die Unterweisung durch den Arzt, sein Beispiel, sein Ton im Verkehr mit den Kranken, seine Persönlichkeit, mit einem Wort, seine Methode ist es, die das Personal nachahmt und die Kranken wiederspiegeln.

Wie der Alkoholrausch sich verschieden entlädt, je nach Veranlagung und Temperament des Trunkenen, so äußern sich auch die gleichen Zustandsbilder im Irresein verschieden bei verschiedenen Personen. Zerstörungssucht und Gewaltakte sind also nicht in der Natur der Erkrankung begründete, unabwendbare Begleiterscheinungen bestimmter Krankheitsformen, sondern Symptome individueller Art, die sich bei genauester Kenntnis der kranken Persönlichkeit und bei zweckentsprechender Behandlung in vielen Fällen vermeiden lassen. Nicht in allen! Dazu reicht unser Können nicht, aber geht man den einzelnen Fällen auf den Grund, so erstaunt man über die große Zahl von Affekthandlungen, die bei richtiger Voraussicht der Dinge sich hätten vermeiden lassen.

Der Satz: „Kleine Ursache, große Wirkung“ ist doppelt wahr im Betriebe einer Irrenanstalt.

So hat die Bettbehandlung unter Zuhilfenahme von Wachabteilungen die alte Irrenanstalt in ein Krankenhaus verwandelt. Die Quintessenz der Behandlung ist die Individualisierung. Darum lassen sich auch nur allgemein gültige Regeln aufstellen und aus diesem Grunde ist die Behandlung von Geisteskranken eine schwere Kunst, die in langer Erfahrung gelernt sein will, ohne daß auf natürliche Veranlagung ganz verzichtet werden könnte. Es gibt also keine bestimmte Lehrmethode für die Behandlung der einzelnen Formen des Irreseins und doch liegt in der scheinbaren Regellosigkeit Methode.

Was eine geschulte und verständnisvolle Krankenpflege, der es auch an Interesse und Liebe für den Beruf nicht fehlen darf, zu leisten vermag, sei mir gestattet an einem Beispiel zu illustrieren.

Der hiesigen Anstalt wurde vor etwa zwei Jahren aus einer Pflegeanstalt eine Patientin überwiesen, die dort zehn Jahre nackt in einer Zelle gehaust hatte,

Stuhl und Urin unter sich gehen ließ, damit schmierte, mit den Händen aß, kurz einem Tiere nicht unähnlich war. Alle Mühe, aus diesem unglücklichen, verwahrlosten, verblödeten Menschenkind ein menschenwürdiges Wesen zu machen, schien anfangs vergeblich. Die Bett- und Wachsaalbehandlung gelang ohne weiteres, aber es dauerte Monate, bis sie ein Hemd am Leibe duldete. Dauernd lag sie nackt, zusammengekauert unter den Decken vergraben. Schlug man die Decken zurück, so schrie und kreischte sie laut auf und beruhigte sich erst nach langer Zeit wieder. Den Stuhl ließ sie unter sich gehen und schmierte ihn mit Vorliebe in ihr langes und dichtes Haar oder steckte ihn in den Mund. Eingießungen, morgens und nachmittags, nach denen sie von zwei Pflegerinnen etwa eine halbe Stunde lang auf dem Klosett festgehalten werden mußte, brachten nicht den gewünschten Erfolg. Da sie sehr viel um Essen und Trinken gab, wurde ihr ein Butterbrot oder ein Stück Kuchen versprochen, wenn sie diese Unart unterließ. Zuerst gelang dieser Versuch selten, nach und nach immer häufiger, bis schließlich eine Verunreinigung zu den Ausnahmen gehörte. Regelmäßig wurde sie nunmehr alle zwei Stunden abgeführt, Eingießungen wurden nur mehr zweimal wöchentlich vorgenommen. Täglich erhielt sie ein zweistündiges Bad, in dem sie sich im allgemeinen ruhig hielt, nur war sie nicht davon abzuhalten, von dem Badewasser zu trinken. In der übrigen Zeit mußte fast dauernd eine Pflegerin an ihrem Bette sitzen, um sie zu verhindern aufzustehen, die Wäsche auszuziehen und bei den Mahlzeiten den anderen Kranken mit beiden Händen ins Essen zu fahren. Sie selbst wurde mit großer Schwierigkeit gefüttert, weil sie mit den Händen in den Teller griff und was sie erfaßt hatte, in den Mund steckte. Nach einiger Zeit wurde versucht, ihr den Löffel in die Hand zu geben und sie allein essen zu lassen. Warf sie alsdann den Löffel fort und fuhr mit den Händen ins Essen, so wurde der Teller fortgenommen und die Mahlzeit überschlagen. Die nächste Mahlzeit aß sie dann mit dem Löffel selbständig. Fiel sie in ihren alten Fehler zurück, so wurde in gleicher Weise verfahren. Bis man ihr auch den Teller in die Hand geben konnte, verging reichlich ein halbes Jahr. Inzwischen duldete sie Hemd und Bettjacke an ihrem Körper, sie blieb im Bett, lag nicht mehr ständig unter den Decken und folgte willig allen Anordnungen. Jetzt wurde der Versuch gemacht, ihr ein Kleid anzuziehen und sie aufstehen zu lassen. Es gelang etwa eine Stunde, dann entkleidete sie sich und löste ihr Haar. Als sie ins Bett zurückgebracht werden sollte, sträubte sie sich und gab zu verstehen, daß sie sich nicht ungern im Tagesraum aufgehalten hatte. Es hatte ihr gefallen. Der wiederholte Versuch gelang bereits besser und länger. Nach und nach wurde erreicht, daß sie den ganzen Tag aufstehen und nachts ohne Wache schlafen konnte. Sie beschäftigte sich mit Näharbeit, aß mit den anderen Kranken am Tisch, freute sich, wenn sie in den Garten durfte, äußerte ihre Wünsche, zog sich allein an und aus und benahm sich durchaus geordnet. Sie versuchte sich zu waschen und zu frisieren, aber hier mußte noch nachgeholfen werden. Nach einigen Monaten erfolgte ein Rückfall in die früheren Gewohnheiten, er wurde aber ohne besondere Schwierigkeiten mit Bett- und Wachsaalbehandlung bekämpft. Heute ist Patientin frei von üblen Gewohnheiten, besorgt sich selbst, versucht sich nützlich zu machen, unternimmt Spaziergänge mit ihren Pflegerinnen, nimmt teil an den Anstaltsfesten und ist im übrigen psychisch im wesentlichen unverändert.

So leicht soll man also keinen Kranken aufgeben, sondern immer wieder eingreifen und versuchen, ihn aus dem krankhaften Gedankengange und Betätigungsdrange herauszubringen.

Ein mächtiges Adjuvans der Bett- und Bäderbehandlung, das auch das Bedürfnis zur Anwendung beruhigender Arzneien ganz wesentlich einschränkt, ist in der Gelegenheit zu vielseitiger Beschäftigung und in der Möglichkeit zur Trennung antisozialer Elemente auf vielen Abteilungen gelegen.

Die Gruppierung der Häuser in offene, halboffene und geschlossene ermöglicht, da jede Gruppe wieder aus mehreren Häusern besteht, eine äußerst feine, individuelle Verteilung und damit eine streng individualisierende Behandlung der psychisch kranken Personen und liefert die wünschenswerte Basis für die schwierigste Aufgabe des Arztes, die psychische Therapie.

Nicht die durch mechanische oder chemische Zwangsmittel erzeugte Ruhe wollen wir, sondern Ruhe für Geist und Körper durch Entfernung schädlicher Reize, durch Beeinflussung der Stimmungen unter strengster Berücksichtigung der Individualität.

Mitteilungen.

— **Direktor Dr. med. Schönfeldt von einem Geisteskranken getötet.** Auf erschütternd traurige Weise ist Dr. Schönfeldt, der Besitzer und Leiter der Privat-Irren- und Nervenheilanstalt zu Atgasen bei Riga in Livland, seinem Beruf zum Opfer gefallen, indem er von einem seiner Patienten, von Rautenfeld, erschossen wurde. Wir entnehmen der „Rigaschen Zeitung" darüber folgendes:

„Der Patient hatte die Anstalt heimlich verlassen und sich in die Wohnung seiner Mutter an der Andreasstraße begeben. Hier suchte ihn Dr. Schönfeldt auf, um ihn zur Rückkehr zu bewegen, und traf ihn allein zu Hause. Was zwischen den beiden vorgegangen, ist zunächst unaufgeklärt. Die auf den Knall mehrerer Schüsse herbeigeeilte Aufwärterin fand Dr. Schönfeldt im Salon blutend und leblos liegen. Der sofort aus der Station der schnellen ärztlichen Hilfe herbeigerufene Arzt konnte nur den Tod des Dr. Schönfeldt feststellen, dessen Körper zwei Schußwunden, eine im Unterleib und eine absolut tödliche am Kopf aufwies. Der Geisteskranke hat das Haus sofort nach der Tat verlassen und ist bisher noch nicht ermittelt worden.

Dr. M. Schönfeldt war 1861 in Kurland geboren, hatte in Dorpat Medizin studiert und sich zuerst an der Anstalt Rothenberg bei Tiling, später bei Jolly und Oppenheim in Berlin als Spezialist für Neurologie und Psychiatrie ausgebildet und seine eigene Anstalt in Atgasen zu Anfang der neunziger Jahre gegründet. Er genoß in seinem Fach einen bedeutenden Ruf und seine Anstalt war daher auch weit außerhalb Rigas bestens bekannt. Eine gründliche und umfassende Studie: „Über das induzierte Irresein" im Archiv für Psychiatrie, Bd. 26, auf die noch heute als auf eine maßgebende Bearbeitung dieses Themas zurückgegriffen zu werden pflegt, zeugte von außerordentlicher Begabung für wissenschaftliche Vertiefung in ein gesetztes psychiatrisches und psychologisches Problem.

Die Beerdigung Dr. Schönfeldts hat unter enormem Andrange des Publikums stattgefunden. Am Grabe riefen eine große Anzahl Redner dem Verstorbenen tief empfundene Abschiedsworte nach; es sprachen u. a. Dr. Stender namen des Deutschen Ärztlichen Vereins, Fürst Mansyrew namens des Liberalen Klubs, Assistent Froelich namens des ehem. deutschen Liberalen Klubs und eine Anzahl Vertreter jüdischer Institutionen. Seine Exz. der Gouverneur und der Polizeimeister haben der Witwe Dr. Schönfeldts persönlich ihr Beileid ausgesprochen.

Zur Ermordung des Dr. Schönfeldt können Einzelheiten des Vorganges selbst, der sich ja bekanntlich zwischen den Beteiligten ohne Zeugen abgespielt hat, nicht früher ermittelt werden, als bis es gelungen ist, den Täter zu ermitteln, und auch dann bleibt es fraglich, welcher Wert seiner Darstellung beizumessen sein wird. Nach dem objektiven Befunde stellt sich der Hergang wie folgt als wahrscheinlich dar: Nachdem Dr. Schönfeldt davon bereits erfahren hatte, daß sein Patient sich in der Wohnung seiner Mutter, Andreasstraße 3, aufhalte, wurde er am Unglückstage nachmittags telephonisch dorthin berufen, unter der Angabe, daß sein Patient ihn zu sprechen wünsche. Ob diese Aufforderung von Herrn v. R. selbst oder von einer anderen Person übermittelt worden, steht vorläufig noch nicht fest. Jedenfalls hat Dr. Schönfeldt bei seinem Erscheinen in der Wohnung der Frau v. R. dort nur seinen Patienten angetroffen. Das Gespräch mit diesem hat im Kabinett stattgefunden. Hier hat Dr. Schönfeldt den ersten Schuß in den Unterleib erhalten, wie es scheint nach einem vorangegangenen Kampf um den Revolver. Darauf hat der Verwundete, wie Blutspuren beweisen, sich längs der Wand in das benachbarte Zimmer geflüchtet und hier den absolut tödlichen Schuß in den Kopf empfangen. Der durch die Schüsse verursachte Blutverlust ist ein ganz außergewöhnlich starker gewesen. Nach vollbrachter Tat hat Herr v. R. einen Mantel umgeworfen und mit dem durch diesen verdeckten Revolver in der Hand die Wohnung verlassen. Die auf den Lärm der Schüsse herbeigeeilte Aufwärterin hat nur das Letzterwähnte gesehen und sogleich nach dem Weggange des Herrn v. R. die Hausbewohner alarmiert. Angesichts dieser Feststellung müssen im Publikum umlaufende andere Darstellungen des Hergangs und daran geknüpfte Kombinationen zunächst als gänzlich haltlos bezeichnet werden.

Über die Krankheit des verschwundenen Herrn v. Rautenfeld teilt Rechtsanwalt H. Truhart in einer Zuschrift an den „Pribaltiski Krai", in dem Zweifel an der Geisteskrankheit des Herrn v. R. erhoben worden waren, folgendes Tatsächliche mit: „Heinrich v. Rautenfeld war von jungen Jahren an geisteskrank. In den Jahren 1907/08 befand er sich mehrfach in der Heilanstalt des bekannten Spezialisten Dr. Sokolowski in Riga, der ihn für schwachsinnig und dispositionsunfähig erklärte. Vom November 1908 bis zum 31. März 1909 wurde er in der psychiatrischen Anstalt Neufriedenheim bei München behandelt. Die dortigen Ärzte stimmten mit Dr. Sokolowski überein: der Kranke litt hier u. a. an Verfolgungswahn. Im Hinblick auf diese übereinstimmenden ärztlichen Gutachten waren die Verwandten genötigt, an die Einsetzung einer Vormundschaft über den Kranken zu denken, da es nicht möglich war, verschiedene Vermögensangelegenheiten (Erbschaftsteilung) usw. mit einer offenbar dispositionsunfähigen Persönlichkeit zu ordnen. Im Februar 1911 wurde ich von den Verwandten beauftragt, beim Bezirksgericht darauf anzutragen, daß Heinrich von Rautenfeld für geisteskrank erklärt werde. Die erste gerichtliche Expertise fand am 15. September 1911 statt. Gemäß dem Wunsche der Experten, die ein Gutachten nach der kurzen Beobachtung in der Ge-

richtssitzung nicht abgeben wollten, beschloß das Gericht, den Kranken einer klinischen Beobachtung zu unterziehen, wozu vom Gericht die Anstalt Dr. Schönfeldts gewählt wurde, der sich verdientermaßen des Vertrauens seiner Kollegen wie des Gerichts erfreute. Der Kranke wollte sich dem Spruch des Gerichts nicht unterwerfen und verbarg sich in Mitau. Handlungen, die er dort in unzurechnungsfähigem Zustande beging, veranlaßten die Polizei einzugreifen, die sofort erkannte, daß sie es mit einem Geisteskranken zu tun hatte, und waren die Ursache zu seiner Überführung in die Heilanstalt Dr. Schönfeldts, der in seiner Diagnose mit den Spezialisten übereinstimmte, die den Kranken bis dahin behandelt hatten. Am 22. Februar 1912 untersuchten die ärztlichen Experten in Gegenwart des Bezirksgerichts und des dem Kranken zuerteilten Verteidigers, des vereidigten Rechtsanwalts W., zum zweiten Mal den Kranken und erklärten ihn einstimmig für geisteskrank und für unfähig, sich Rechenschaft über seine Handlungen abzulegen. Auf Grund dessen verhängte denn auch das Bezirksgericht ein Kuratel über ihn. Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Frage der Krankheit v. Rautenfeldts in keiner Hinsicht strittig ist, da alle ihn behandelnden Ärzte das Vorhandensein der Geistesstörung festgestellt haben. Was die vielfach besprochene Ehe des Herrn v. R. anbetrifft, so teilt Herr Rechtsanwalt T. ferner mit, daß die Trauung am 9. Januar 1912 in Mitau stattfand, d. h. ein Jahr nachdem die Sache, betreffend die Feststellung seiner Geisteskrankheit, beim Bezirksgericht anhängig gemacht worden war und dazu noch einige Monate nachdem vom Gericht eine temporäre Vormundschaft über den Kranken eingesetzt worden war, als folglich alle seine Handlungen schon keine gesetzliche Kraft mehr hatten."

— Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.

III. Sitzung. 31. Mai, vormittags 9 Uhr. Aula der Universität. (Fortsetzung.)

E. Meyer-Königsberg: Referent behandelt die rein praktische Seite der Frage. Er erinnert zuerst daran, daß früher hydrotherapeutische Eingriffe — Blutentziehung und andere ableitende Mittel — in der Annahme eines entzündlichen hyperämischen Gehirnzustandes bei der Paralyse viel verwendet wurden und weist dann auf das Verfahren von L. Meyer hin, künstliche Eiterung durch Einreiben von Brechweinstein-Salbe auf den Schädel zu erzielen. Um eine weitere Unterlage für die Bewertung der jetzt noch im Gebrauch befindlichen Behandlungsarten der Paralyse zu gewinnen, hat Meyer bei den psychiatrischen Anstalten und Kliniken in Deutschland, Österreich-Ungarn und der Schweiz eine Umfrage veranstaltet. Von den 141 Antworten enthielten 66 die Mitteilung, daß keine Behandlungsversuche unternommen waren, 75 berichten über die Verwendung verschiedener Methoden.

Die jetzt meistens angewendeten Behandlungsversuche sind entweder allgemein gegen toxische und Autointoxikationsvorgänge gerichtet, die bei der Paralyse ja sicherlich eine große Rolle spielen, oder gegen die Syphilis, die spezifische Grundlage der Paralyse. Bei ersterer sind einmal zu nennen die Salzinfusionen Donaths, ferner besonders die Tuberkulin-Behandlung nach v. Wagner-Pilcz. Dieses Verfahren beruht darauf, daß nach akuten Infektionskrankheiten etc. auffallende Besserung und Remissionen bei der Paralyse verhältnismäßig häufig eintreten. Sie schließt sich in gewisser Weise an die von L. Meyer versuchte Behandlung an. Sie soll allgemeine, nichtspezifische Gegenwirkungen hervorrufen, wie das durch Temperaturerhöhung, Vermehrung der Leukozyten usw. geschieht. Meyer berichtet, daß Pilcz nach seinen verschiedenen Mitteilungen sehr günstige Erfolge aufzuweisen hat. Bei der Umfrage ergab sich, daß die Niederösterreichischen Landesanstalten am Steinhof bei großem Material ebenfalls im ganzen befriedigende Resultate bei dieser Behandlung gewonnen haben. Von einigen Seiten sind auch Bakterien-Vaccine neuerdings, von demselben Prinzip ausgehend, bei der Paralyse versucht. Meyer hat nach alledem den Eindruck, daß sich nach der Tuberkulin-Kur, die zu wesentlichen Schädigungen nicht führt, verhältnismäßig häufig Besserungen und Remissionen einstellen.

Da die Erfahrung lehrt, daß ebenso wie Eiterungen und Infektionskrankheiten auch gewisse Stoffe, z. B. Nukleinsäure, die antitoxische Resistenz des Organismus stärken sollen, so haben Fischer und Donath Versuche mit nukleinsaurem Natron bei der Paralyse gemacht. Die Resultate, teils veröffentlicht, teils aus der Umfrage sich ergebend, sind recht abweichende, so daß ein abschließendes Urteil wohl noch nicht möglich ist.

Meyer erinnert dann kurz an die Theorien und Versuche von F. Robertson und seine Schüler, die außerhalb Englands im ganzen zu sehr wenig Nachuntersuchungen geführt haben.

Er geht dann über zu den Verfahren, die sich gegen die syphilitische Infektion wenden, von der Annahme ausgehend, daß ohne Syphilis eine Paralyse nicht möglich ist. In beginnenden Fällen kann eine vorsichtige Quecksilberkur ohne Bedenken erfolgen, in jedem zweifelhaften Fall erscheint sie geboten. Auch Jod-Präparate werden noch heute öfter bei der Paralyse angewandt, schon mit Rücksicht auf die Möglichkeit, daß eine Lues zerebrospinalis vorliege.

Meyer wendet sich dann dem Salvarsan zu, betont aber vorher, daß die besondere Stellung der Paralyse gegenüber den eigentlichen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems von vornherein bei der Beurteilung der Resultate der Salvarsan-Therapie, wie auch der Quecksilber- und Jod-Behandlung in Rechnung gezogen werden müsse.

Zuerst weist Meyer darauf hin, daß das Salvarsan im Atoxyl, Arsacetin etc. Vorläufer gehabt hat, die ebenfalls in der Ehrlichschen Chemo-Therapie ihre Grundlage fanden. Bei der Salvarsan-Behandlung ist auch zu beachten die Leukozytose, ferner die

Beeinflussung des Lezithin-Stoffwechsels und die allgemeine roborierende Wirkung. Eine Übersicht über die Resultate bei der Paralyse ist schwer zu geben, da die Mitteilungen vielfach sehr verstreut sind. Von Ehrlich und Alt ist darauf hingewiesen, daß nur der allererste Beginn der Paralyse einen Behandlungserfolg erwarten lasse. Der Einwand ist nicht unberechtigt, daß eine Abgrenzung „beginnender Paralyse" sehr schwer ist, und daß an sich nicht einzusehen ist, warum es nicht bei einem Mittel, das überhaupt erfolgreich ist, zu einem Stillstand im Verlaufe der Entwicklung kommen könnte.

Meyer gibt dann einen Überblick über die Literatur der Salvarsan-Behandlung bei der Paralyse, wobei sich herausstellt, daß eine Reihe günstiger Mitteilungen, auch besonders aus der letzten Zeit, zahlreichen mit entgegengesetzten Ergebnissen gegenüberstehen. Meyer gibt auch einen kurzen Überblick über die Kontra-Indikationen bei der Salvarsan-Therapie und die ungünstigen Folgeerscheinungen, die danach beobachtet sind. Die Umfrage zeige, daß 286 mal Salvarsan bei Paralyse in den betreffenden Anstalten und Kliniken angewendet war. Nur 7 mal wurde von einer gewissen Besserung, 13 mal von einer Remission berichtet. Besonders ist zu bedenken, daß in einem großen Teil der Fälle nur kleine Dosen angewendet waren und auch recht fortgeschrittene Fälle zum Teil behandelt wurden.

Nach Erwähnung einiger anderer Behandlungsversuche und dem Hinweis, daß die vergleichende biologische Forschung auch therapeutisch vielleicht zukunftsvoll sei, versucht Meyer eine Zusammenfassung zu geben. Eine solche ist freilich durch die Remissionen und die Unberechenbarkeit im Verlaufe der Paralyse sehr erschwert. Die Frage, ob eine der im Gebrauch befindlichen Behandlungsmethoden der Paralyse auf die Dauer das Fortschreiten des paralytischen Krankheitsprozesses zu mindern imstande sei, glaubt Meyer nach dem vorliegenden Material nicht bejahen zu können. Die weitere Frage, ob wenigstens ein günstiger Einfluß der jetzt gebräuchlichen Behandlungsversuche, und bejahendenfalls welcher, festzustellen sei, möchte Meyer nicht ohne weiteres verneinen. Die Möglichkeit günstiger Beeinflussung sei zuzugeben. Zurzeit liegen die besten Resultate von der Wagner-Pilczschen Tuberkulinbehandlung vor. Am zweckmäßigsten seien Versuche mit einer Kombination der Verfahren, welche die syphilitische Infektion bekämpfen, mit denen, die die Erzielung allgemeiner, nichtspezifischer Gegenwirkungen im Auge haben. Schaden wesentlicher Art stiften die Behandlungsversuche unter Einhaltung aller Kautelen nicht. Nach alledem hält Meyer therapeutische Versuche in dem besprochenen Sinne jedenfalls für berechtigt, ja er sieht es bei der Paralyse als Aufgabe der Psychiater an, therapeutische Versuche, die keine wesentliche Schädigung befürchten lassen, anzustellen, wenn auch nur die Möglichkeit einer günstigen Einwirkung durch sie vorhanden ist.

Zum Schluß hebt Meyer hervor die große Wichtigkeit der Vorbeugung der Paralyse, die durch die neuen Forschungen in mancher Richtung hoffnungsvoller geworden sei, mit der eine zweckmäßige Rassenhygiene zur Hebung der Widerstandskraft des Organismus Hand in Hand gehen müßte.

(Autoreferat.)

(Ausführliche Veröffentlichung im „Archiv für Psychiatrie".)

Es folgen die Vorträge Friedländer, Schröder, Eichelberg, Bergl.

Friedländer-Hohe Mark: Über die Einwirkung fieberhafter Prozesse auf metaluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Der Vortragende bietet zunächst eine sehr gedrängte Übersicht über die Entwicklung, welche die bezüglichen Bestrebungen genommen haben und verweist auf die Arbeiten von Jacobi, L. Mayer, Sponholz, Rosenblum, Oks, Wagner von Jauregg, Boeck, Binswanger, Friedländer, Pilcz u. a.

Der Vortragende hat den einschlägigen Fragen seit dem Jahre 1897 unablässige Studien gewidmet. Die Tatsache, daß fieberhafte Krankheiten, und unter diesen wieder in erster Linie der Typhus abdominalis, Geisteskrankheiten günstig beeinflussen können, läßt sich aus zahllosen Fällen aus der älteren wie aus der neueren Literatur erweisen. Gerade der Umstand, daß der Typhus in der erwähnten Beziehung an erster Stelle steht, veranlaßte den Vortr. seinerzeit, in der Jenenser Klinik an Stelle der von Binswanger angewandten abgetöteten Kulturen von Bakterium koli, solche des Typhus-Bazillus anzuwenden. Über die in der Jenenser Klinik erzielten Ergebnisse hat Binswanger in Halle und der Vortr. in Dresden berichtet. Da ein fiebererzeugendes Typhus-Bazillen-Präparat späterhin nicht mehr zu erlangen war bezw. die abgetöteten Kulturen, welche dem Vortr. von Ehrlich und Neißer zur Verfügung gestellt wurden, keine Reaktionen erzeugten, so wandte der Vortr. später, dem Beispiel v. Wagners folgend, das Kochsche Tuberkulin an, und zwar in der Weise, daß er in den meisten Fällen mit einer Dosis von 0,0005 bis 0,001 begann, um zunächst eine eventuelle tuberkulöse Reaktion abwarten bezw. ausschließen zu können. Trat kein oder nur geringes Fieber auf, so wurde nach zwei Tagen eine Dosis von 0,005 bis 0,007 verabfolgt. Trat eine Reaktion auf, wenn auch nur bis 37,5, so wurde nach den Temperatur-Abfällen die gleiche oder eine etwas höhere Dosis injiziert. Langsam wurden dann die Mengen gesteigert bis auf 0,1, 0,2 0,3, auch darüber. Als gelungen betrachte ich die Behandlung, wenn es gelingt, Temperaturen bis zu 39° mit steilem Aufstieg und eben solchem Abfall zu erzielen. Zu achten ist auf die kumulierende Wirkung. Kranke mit sehr schlechtem Ernährungszustand, stärkeren Herz- oder Nierenkrankheiten schließe ich von der Behandlung aus. — Selbstverständlich wurde dabei das Allgemeinbefinden, der Puls usw. genauestens kontrolliert. Nebenher wurden feuchte Einpackungen, Bäder und Massagen, je nach den individuellen Verhältnissen verordnet und auf reichliche Ernährung sowie geregelten Stuhlgang gesehen. In verschiedenen

Fällen wurde die Injektionskur allein angewendet, in anderen mit einer Quecksilberbehandlung kombiniert. Letztere aber nur nach der Injektionskur. Unangenehme Nebenerscheinungen ernsterer Art wurden nicht beobachtet. Einigemale zeigten sich an den Injektionsstellen (des Oberarms oder Oberschenkels) Infiltrate, die jedoch niemals zu Eiterungen führten, vielmehr durch Alkohol-Umschläge wirksam bekämpft werden konnten. In einem einzigen Falle traten bei einem Kranken, der die verordnete Bettruhe sehr mangelhaft einhielt, Erscheinungen schwacher Herztätigkeit auf, jedoch kann der Zusammenhang dieser mit den Injektionen durchaus nicht als sichergestellt angesehen werden. Manche Kranken hatten von den Injektionen überhaupt keine Schmerzen, andere klagten über leichte ziehende Beschwerden. Der Vortr. beschränkt sich darauf, von allen seinen Fällen nur zwei herauszugreifen, bei denen er den Krankheitsverlauf eingehender darstellt.

Den einen Fall beobachtete er durch mehr als drei Jahre ununterbrochen bis zu dem Tode des Kranken. Bei diesem handelte es sich um eine typische Tabo-Paralyse, im Verlaufe welcher unter anderem die Pupillen lichtstarr wurden und die Kniereflexe verschwanden. In unmittelbarem Anschluß an die Injektionskur zeigten beide Pupillen mäßig schnelle, jedoch ausgiebige Reaktion auf Licht und wurden die Kniereflexe beiderseits auslösbar. Vortr. kann auf weitere sehr interessante Einzelheiten an dieser Stelle nicht eingehen und möchte nur bemerken, daß die Injektionskur bei diesem Kranken mehrfach wiederholt und mit einer Schmierkur kombiniert wurde, und daß die Pupillen noch drei Tage vor dem Tode Reaktion zeigten.

In dem zweiten Falle handelt es sich um einen Kranken, der von einem der ersten Nervenärzte der betreffenden Stadt mit der Diagnose progressive Paralyse in die Klinik des Vortragenden eingewiesen wurde. Der Kranke zeigte bei der Untersuchung folgendes: 8. Mai 1911:

Die linke Pupille ist absolut lichtstarr, die rechte reagiert träge, die Kniereflexe sind different und sehr schwach auslösbar. Der Wassermann ist positiv. In psychischer Beziehung zeigt der Kranke schwere Depression, leichte Erschöpfbarkeit, er hält sich für hoffnungslos krank, klagt über schlechtes Gedächtnis und ist sehr schwer zu sprachlichen Äußerungen zu bewegen.

Am 15. Mai beginnt die Injektionskur mit 0,005, steigend bis 0,3 bei der elften und letzten Injektion am 19. Juni. Die höchste Temperatur betrug 39,4. Anfang Juni zeigte sich der Beginn der Besserung in psychischer Beziehung. Am 20. Juni ist die Reaktion der rechten Pupille besser, am 30. Juni beginnt die Quecksilberkur, die am 4. Aug. beendet wird. Anfang Juli benimmt sich der Kranke durchaus unauffällig, er verkehrt in der Gesellschaft, macht zunehmende Spaziergänge, glaubt, daß er gesunden wird, beginnt wieder an seine frühere Tätigkeit zu denken. Der sehr gestörte Schlaf ist ohne Medikation gut. Patient verträgt sogar einen ziemlich schweren Eisenbahnunfall, bei welchem er mehrfache schmerzhafte Quetschungen des Brustkorbes und Verletzungen der Extremitäten erlitten hat, ohne daß sein psychisches Befinden darunter leidet. Die Reaktion der Pupillen wird allmählich besser. Vor seiner Entlassung ist folgender Befund erhoben worden:

Die rechte Pupille reagiert prompt und ausgiebig, die linke reagiert ebenfalls, jedoch wenig ausgiebig. Die Kniereflexe sind beiderseits gleich und deutlich auslösbar ohne Hilfsmittel. Der Wassermann ist negativ. Der Kranke erscheint der ihn begleitenden Frau vollkommen gesund. Er hat nach kurzer Zeit in zunehmendem Maße seine Tätigkeit wieder aufgenommen.

Der Vortr. ist sich dessen bewußt, daß man in der Deutung der oben angegebenen Befunde außerordentlich vorsichtig sein muß. Er legt auch viel weniger Gewicht auf die Besserungen in psychischer Beziehung (wenngleich selbst die stärkste Zweifelsucht und Kritik nicht übersehen darf, daß in dem zweiten mitgeteilten Falle die geistigen in so rascher Folge beobachteten Besserungen in direktem Anschluß an die Fieberperiode auftraten), weil gerade die Tabo-Paralyse und in geringerem Grade die progressive Paralyse oftmals Remissionen aufweisen, die Heilungen vortäuschen können. Es ist auch bekannt, daß die Tabes häufig Schwankungen bezüglich der Pupillenbefunde und der an den Sehnenreflexen zeigt, welche sich zuweilen über viele Jahre erstrecken. Nicht bekannt ist dem Vortr. ein gleiches bezüglich so schwerer Fälle von Tabo-Paralyse und progressive Paralyse, wie er solche der Injektionsbehandlung unterworfen hat. Wenn nun in den verschiedenen Fällen, von denen der Vortr. aus Raummangel nur zwei angeführt hat, in mehr oder minder direktem Anschluß an das Fieber die bis dahin fehlenden oder stark herabgesetzten Pupillen- und Sehnenreflexe wiederkehrten, so dürfte doch der Schluß gerechtfertigt sein, daß diese Besserungen mit der Therapie in einen direkten Zusammenhang zu bringen sind. In dieser Hinsicht hege ich überhaupt keinen Zweifel bezüglich des zweiten Falles. Nur muß hier die Frage offen gelassen werden, ob die von dem erwähnten Spezial-Kollegen und mir gestellte Diagnose der progressiven Paralyse zutreffend war und ob es sich nicht um eine Form der Lues zerebri gehandelt hat, und zwar gerade mit Rücksicht darauf, daß der vorher positive Wassermann innerhalb weniger Monate negativ wurde. Der Vortr. kann sich auch nicht entschließen, das Verschwinden der Wassermannschen Reaktion mit der Fieber-Therapie in Verbindung zu bringen, sondern er glaubt hierfür die Quecksilberbehandlung verantwortlich machen zu müssen. Der Vortr. glaubt, daß aus seinen zurückhaltenden Schlußfolgerungen zu ersehen ist, daß er weit davon entfernt ist, vorläufig der Fieber-Therapie (wie ich sie kurz nennen möchte) bereits jene Bedeutung zuzuschreiben, wie dies Pilcz in seinen letzten Veröffentlichungen getan hat. Die

bisherigen Erfolge erlauben keinesfalls, auch nur im entferntesten die Möglichkeit zu behaupten, daß mit dieser Therapie die Heilung einer progressiven Paralyse bereits einwandfrei nachgewiesen sei. Wenn es aber nur gelingen sollte, besonders bei noch nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen, den Eintritt einer Remission zu beschleunigen und diese selbst zu vertiefen bezw. zu verlängern, wenn nur an die von mir beobachteten Veränderungen der Reaktion an den Pupillen usw. gedacht wird, so scheint diese Methode einer ausgiebigen Anwendung wert zu sein, um so mehr, als sie nicht nur ungefährlich (bei vorsichtiger Dosierung und steter Individualisierung), sondern auch in hohem Maße wissenschaftlich interessant ist. Der Einwand, daß es unverständlich sei, wie ein destruktiver Prozeß im Gehirn und Rückenmark, den wir bei der Tabo-Paralyse und progressiven Paralyse annehmen müssen, durch irgendeine Therapie aufgehalten werden könnte, ist schon deshalb hinfällig, weil jedem Arzt die Tatsache bekannt ist, daß selbst weit fortgeschrittene Paralysen auffallende Remissionen zeigen können. Auf Versuche, diese Vorgänge zu erklären, möchte sich der Vortr. an dieser Stelle nicht einlassen, da es sich doch nur um die Aufstellung von Hypothesen handeln könnte. (Autoreferat.) (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Dornblüth, O., Die Psychoneurosen. Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie. Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig, Veit, 1911, 700 S. 10 M.

D. geht davon aus, daß ein Verständnis für die Psyche der „Nervösen" eine unendlich wichtige Mitgift für jeden Arzt ist. Seine neue eingehende Darstellung der Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie (Zwangs- und Trieberkrankungen) zeigt so viele Vorzüge, daß sie sicher vielen Ärzten Kenntnisse über das wichtige Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit vermitteln wird. — D. sieht bei den Psychoneurosen die Hauptsache in Störungen der Affektivität. Bei der Neurasthenie ist das Gefühlsleben dahin verändert, daß Unlustbetonungen in verschiedener Mischung mit Spannungs- und Erregungsgefühlen überwiegen und anhalten, daß auch die körperlichen Zeichen der Affekte besonders stark sind und starke Stimmungsnachwirkungen (Gefühl der Insuffizienz, Angst) auftreten. Die Hysterie ist besonders durch erhöhte Gefühlserregbarkeit verbunden mit Disproportionalität der Ausdruckserscheinungen gekennzeichnet. Bei der Psychasthenie „setzen sich die Erscheinungen krankhafter Affektivität teils in Zwangsvorstellungen um, teils in Triebhandlungen, die aus der inneren Unruhe und Unausgeglichenheit des Gemüts direkt hervorgehen."

Bezüglich der Ursachen wird von D. die tatsächliche Vererbung, die als Disposition ihre Rolle spiele, mit einem gewissen Optimismus weniger hoch bewertet, als die Erziehung mit ihren körperlichen und geistigen Wirkungen. Mit besonderer Gründlichkeit ist auf Grund reicher eigener Erfahrungen der Abschnitt über die Behandlung der Ps.-N. geschrieben. Hier wie in dem Abschnitt über die Verhütung der Ps.-N. sind eingehende Vorschriften und kürzere Winke für den Therapeuten in reicher Fülle geboten. Es sei noch erwähnt, daß die Literatur für die einzelnen Abschnitte mit wünschenswerter Auswahl berücksichtigt und mit maßvoller Kritik gewürdigt wird. In allem ist dem Buche als einem vorzüglichen Berater auf dem Gebiet der Neurosen und Grenzzustände Anerkennung und Verbreitung sicher.

Mercklin.

— Freud, Prof. Dr. Sigm., Die Traumdeutung. 2. Aufl. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909. 386 S. 10 M.

Freud versucht in ähnlicher Weise wie in das Wesen der Psychoneurosen hier in das Wesen der Träume einzudringen. Nach Anführung einer umfangreichen, wissenschaftlichen Literatur der Traumprobleme bespricht F. seine Methode der Traumdeutung durch Psychoanalyse. Er kennzeichnet den Traum als eine (meist infantile und vielfach auf sexuellem Gebiet liegende) Wunscherfüllung, die entweder unverhüllt oder meist verhüllt (durch „Zensur") in die Erscheinung tritt. Er beleuchtet das Traummaterial, die Traumquellen (rezente und infantile Wünsche) und somatische Reize, denen F. nur geringe Bedeutung zuerkennt; er bespricht die Traumarbeit (Verdichtung und Verschiebung), die Darstellungsmittel des Traumes und die Affekte in demselben, um schließlich auch der Psychologie der Traumvorgänge näher zu treten.

Der Versuch, einen Einblick in unsere sogen. unter- und unbewußten Seelenvorgänge zu gewinnen, ist gewiß verdienstlich und anerkennenswert. Ob der von Freud gewählte Weg der Psychoanalyse, den er im vorliegenden Buch zur Lösung des Traumproblems einschlägt, richtig oder gar, nach Ansicht seiner Schüler, sozusagen der „alleinseligmachende" ist, steht m. E. noch dahin, wenn auch manch ein richtiger Kern in Freuds Beobachtungen liegen mag. Zunächst drängen sich mir einige Bedenken gegen den objektiven Wert der Psychoanalyse auf; ihre Methode besteht darin, daß man von der Versuchsperson bei Ausschaltung jeder Kritik und bewußten Zielvorstellung alle Einfälle mitteilen läßt und daraus durch „Deutung" eine Erklärung des Traumes (ebenso der Hysterie, der Neurosen) zu gewinnen sucht. Wenn auch anzunehmen ist, daß alles Unbewußte nach bestimmten Gesetzen verläuft, so sind uns doch diese Wege ganz unbekannt und so kann man m. E. bei einem einigermaßen reichen, geistigen Innenleben (um solche Patienten handelt es sich ausschließlich bei Freud) zumal bei energischer Überwindung der im Patienten liegenden Widerstände alles und noch etwas mehr herausholen; zudem ist man bei der zweifellosen Kenntnis Freudscher Lehren im Publikum vor absichtlichen Täuschungen keineswegs sicher. Zweitens erscheint mir Freuds Deutungs„kunst", die u. a. die „leiseste" Möglichkeit gleich „Gewißheit" setzt (S. 318), so subjektivistisch gefärbt und unbeweisbar, auch einem normalen Empfinden z. B. bezüglich der stark hervor-

tretenden Sexualität so wenig liegend, daß ich das vorliegende Buch bescheidenerweise höchstens als einen „Versuch“ oder „Beitrag“ zur Traumdeutung bezeichnen möchte. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Gießen.** Dr. Spiecker aus Barmen ist als Medizinalpraktikant hier eingetreten.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Löwenthal*) machte in der Sitzung der Berliner mikrobiologischen Gesellschaft vom 9. Januar 1912 Mitteilungen über bakteriologische Befunde bei Ruhruntersuchungen, speziell aus dem Bereich der Stadt Berlin. In Berlin scheinen Ruhrfälle im Gegensatz zu der geringen Zahl der amtlichen Meldungen sehr häufig vorzukommen. Bei 416 Blutproben, die dem städtischen Untersuchungsamt zu anderen Zwecken (Typhus, Wassermann) übergeben worden waren, fand sich in ca. 15% positive Serumreaktion für Ruhrbazillus Typus Y. An diesen positiven Befunden waren zwei Irrenanstalten mit 31 bezw. 25, also zusammen mit 56% beteiligt, Proben, die von Privatärzten eingesandt waren, mit ca. 10%, Proben von Kindern aus Waisenhäusern u. dgl. mit 2,5%. Diese positive Serumreaktion mußte aus verschiedenen Gründen als Nachweis stattgehabter Ruhrinfektion und nicht als Mitagglutination betrachtet werden. 14 mal wurden in einem Siechenhaus und in einer Irrenanstalt, in welcher Y-Ruhr endemisch war, ruhrähnliche, aber in Traubenzuckeragar Gas bildende Bakterien gefunden, entsprechend den von Deycke und Reschad in Konstantinopel entdeckten, von Kruse als „Paradysenteriebazillen“ bezeichneten Bakterien; sie sind sehr veränderlich; durch knopfförmige Sekundärkolonien können sie sich allmählich und stufenweise zu Bakterien mit den bakteriellen Eigenschaften des Bakterium koli entwickeln; ein Stamm war von vornherein koliähnlich, einer blieb unverändert. Alle Stämme, auch die abgerundeten, wurden durch ein künstliches Immunserum bis zur Titergrenze agglutiniert, nicht aber durch Ruhr-, Paratyphus- oder Gärtnersera. Es kam auch vor, daß bei einem der Stämme, die kolimäßige Eigenschaften angenommen hatten, Kolonien mit den ursprünglichen Eigenschaften wieder auftraten. Nach Lentz (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 278) tritt Y-Ruhr meist nur unter den Erscheinungen der Enteritis follikularis, besonders bei Kindern, auf, gelegentlich recht schwere typische Dysenterieerkrankungen verursachend; er hält die von Löwenthal erwähnten Stämme, weil sie beweglich waren, nichs für Paradysenteriebazillen. Nach Löwenthalt Ansicht erklären sich die Widersprüche durch seine Beobachtungen über die Veränderlichkeit der gefundenen Bakterien vollständig.

In den „Vergleichenden Untersuchungen über die chemischen und biologischen Eigenschaften von Ruhrbazillen“, in denen Winter*) seine über drei Jahre sich erstreckenden Studien über 35 Ruhrstämme mitgeteilt hat, kommt er zu folgenden Ergebnissen: 1. Die chemischen und biologischen Eigenschaften der 35 zur Untersuchung gelangten Ruhrstämme erwiesen sich als konstant. 2. Ältere Ruhrkulturen bilden mit Vorliebe Sekundärkolonien, deren Individuen große Lebenszähigkeit besitzen. 3. Nicht nur die Pseudodysenterie-Stämme, einschließlich der Flexner-Stämme, sondern auch die Kruseschen echten Dysenterie-Stämme zersetzen in erheblichem Grade Maltose, in geringerem Maße aber auch Milchzucker. Als Spaltungsprodukte werden daraus unter anderen erzeugt: Kohlensäure, Alkohol und Fettsäuren, insonderheit Buttersäure. 4. Farbumschläge der Lackmusnährböden sind für die Beurteilung der Zersetzungsvorgänge im Nährboden nur mit äußerster Vorsicht zu verwenden. 5. Die Konstanz der Eigenschaften der Ruhrbazillen erstreckt sich auch auf den Rezeptorenapparat.“ Winter weist besonders auf „die Schwierigkeit, welche die genaue Identifizierung der einzelnen Ruhrstämme bereitet und welche ein Kreuz für jeden bildet, der sich eingehender mit Ruhrbazillen beschäftigt“ . . .**); er stellte daher auch nach dieser Richtung ausgedehntere Versuche an mittels der Agglutinationprüfung der 35 Stämme. (Das interessante Ergebnis ist in zwei Tafeln dargestellt.) Durch seine Untersuchungen, deren Methode zur Identifizierung der einzelnen Stämme sich zu bewähren schien, veranlaßt, regt er an, daß von einer Zentralstelle hochwertige Sera verschiedener Stämme hergestellt werden, mit denen dann nach einem genau festgelegten Modus die Agglutinationsversuche anzustellen wären. „Vielleicht gelingt es auf diese Weise, durch Vergleichung der Kurven, einen Überblick zu gewinnen über die Zahl und Verbreitung der Ruhrrassen. Ob es bei weiterem Ausbau dieser Methode möglich sein wird, bei Ruhrfällen, die aller Wahrscheinlichkeit nach durch Bazillenträger verursacht sind, die gefundenen Bazillen mit dem des Bazillenträgers genau zu identifizieren und somit der Frage nach der rechtlichen Stellung der Bazillenträger einen Schritt näher zu kommen, muß weiterer Forschung vorbehalten bleiben.“

Zur Frage der Paradysenterie bringt Winter einige klärende Mitteilungen. Er fand bei einer Brechdurchfallepidemie in der Milch, von welcher

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 278.

*) Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 70. Bd., 1911. Die Untersuchungen sind im hygienischen Institut der Universität Rostock gemacht.

**) Darum sollte man die verantwortungsvollen und unter Umständen folgenschweren bakteriologischen Untersuchungen bei Ruhr-, Typhus-, Paratyphus- etc. Epidemien und -Einzelfällen nur Bakteriologen von Fach und nicht solchen anvertrauen, deren Fertigkeiten und Erfahrungen sich auf einen zwei- bis dreimonatigen Kurs beziehen und die sich nur zeitweise und gelegentlich mit diesen Dingen praktisch befassen. Ganz abgesehen davon, daß so vieles sich noch im Fluß befindet und unter den Händen eines Nichterfahrenen der Wissenschaft verloren geht. Dr. Bresler.

die Befallenen genossen hatten, sowie in dem Wasser, das zum Spülen der Milchgefäße gedient hatte, einen Bazillus, der kulturell und zufolge Agglutination zur Gruppe der Ruhrbazillen gehörte, aber Traubenzucker unter Gasbildung zersetzte. Dieser Bazillus erwies sich für Tiere pathogen. Einen dem obigen sehr ähnlichen Bazillus fand Winter gelegentlich ausgedehnter systematischer Untersuchungen auf Typhusbazillen. Einen ähnlichen hat Schmiedicke während der Döberitzer Ruhrepidemie gefunden. Winter erinnert an die von Kruse 1907 (Neue Untersuchungen über die Ruhr, Deutsch. med. Wochenschrift, 1907) teils bei Gesunden, teils bei an verschiedenen Darmkrankheiten Leidenden gefundenen ähnlichen Bazillen, die alle Übergänge zu Coli-Bazillen zeigten und für die Kruse den Namen Pararuhrbazillen vorgeschlagen hat. Winter denkt daran, daß es sich in seinen beiden Fällen um eine für Menschen pathogene Wirkung dieser Abart von Ruhrbazillen gehandelt haben kann.

In seinem Aufsatz: „Zur Frage der Paradysenterie (Deycke-Kruse)“ *) erachtet Natonek, nach den vielen fehlgeschlagenen Versuchen der Autoren, die verschiedenen Dysenteriebazillenarten zu systematisieren, die von Kraus und Dörr vorgeschlagene Einteilung in giftige (Shiga-Kruse) und ungiftige (Flexner, Hiß, Russel, Strong) für die weitaus beste. Denn abgesehen von dem biologischen Verhalten unterscheiden sie sich so sehr in ihrem Kulturmerkmal, daß neben dem Kennzeichen der Unbeweglichkeit (Geißellosigkeit) nur noch das Unvermögen, Traubenzucker unter Gasbildung zu zerlegen, die einzigen gemeinsamen Charakteristiken der ganzen Gruppe der Ruhrbazillen bilden. So kam es, daß Kruse den von Deycke und Reschad in Konstantinopel in zahlreichen, klinisch und pathologisch-anatomisch sichergestellten Ruhrfällen neben Flexner-Typus gefundenen, den bis dahin bekannten Dysenteriebazillen morphologisch und kulturell weitgehend ähnlichen Bakterien wegen ihrer Eigenschaft, in traubenzuckerhaltigen Nährböden Gas zu bilden, den Namen „Paradysenteriebazillen“ beilegte. Ähnliche Befunde haben Winter und Löwenthal erhoben. — Natonek teilt nun zwei hierher gehörige Beobachtungen aus dem patholog.-bakteriolog. Institut der Landeskrankenanstalt in Czernowitz mit. In beiden Fällen fanden sich postmortal ausgesprochene dysenterische Veränderungen des Darmtraktes in pathologisch-anatomischer wie histologischer Beziehung. In dem einen Falle wurden aus dem Eiter eines Dickdarmwandabszesses, in dem anderen aus dem dünnflüssigen Inhalt des ausgesprochen dysenterischen Darmes Bakterien isoliert, die, unbewegliche, Gram-negative, kurze Stäbchen, in den meisten kulturellen Eigenschaften den Dysenteriebazillen glichen, sich aber durch ihr Verhalten zu Traubenzucker scharf unterschieden und auch keine bemerkenswerte Reaktionsfähigkeit mit irgendeinem hochagglutierenden Dysenterieimmunserum zeigten. Im Tierversuch erwiesen sie sich, im Gegensatz zu Deyckes Befunden, nicht als pathogen. Trotzdem möchte Natonek sie nicht zu den Paradysenteriebazillen rechnen. Denn er hält es für vorteilhafter, daß man an der Zerlegung des Traubenzuckers unter Gasbildung als einer markanten Eigenschaft der Dysenteriebazillen für die Systematisierung streng festhalten soll, wenn man nicht in diese Frage eine heillose Verwirrung bringen will. Er meint, man sollte ähnliche Stämme besser der Gruppe der Coli-Bazillen nähern.

*) Wiener klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 19.

In einer sehr umfangreichen Untersuchung: „Vergleichende Studien der Typhus-Coli-Dysenteriebakterien im Anschluß an eine kleine Ruhrepidemie in Mitteldeutschland“ *), die im Hygienischen Institut der Universität Jena ausgeführt worden sind, kommen die Verfasser, Schroeter und Gutjahr, zu folgenden Ergebnissen: „1. Bact. typhi und Bac. ent. Gärtner lassen sich durch die Agglutination schwer voneinander trennen; es besteht zwischen beiden eine nahe, agglutinatorische Verwandtschaft. 2. Frische Ruhrstämme vom Typus Y zeigen oft eine nicht unbeträchtliche Mitagglutination auf Typhusserum. 3. Als Erreger der Ruhrepidemie des Frühjahrs 1910 in dem thüringischen Städtchen Tr. wurden von uns Bakterien isoliert, die sich kulturell wie der Typus Y verhielten. 4. Sämtliche Erkrankungen bei dieser Nachepidemie hatten einen leichten bis mittelschweren Verlauf; Todesfälle traten nicht auf. 5. Die Differenzierung der gewonnenen Stämme war nur durch ihr Verhalten gegen Mannit, Maltose und Saccharose bei frischer Züchtung aus dem Krankenmaterial ermöglicht. 6. Durch längere Fortzüchtung auf künstlichen Nährböden nimmt ein Teil der Y-Stämme die Eigenschaft an, Maltose zu vergären, also sich kulturell wie Flexner zu verhalten, ein Teil bleibt inkonstant. 7. Durch Züchtung in zuckerhaltigen Nährmedien läßt sich das fermentative Verhalten der Dysenteriestämme gegen verschiedene Zucker ändern. So konnten sowohl Shiga-Kruse, als auch die Y-Stämme in Saccharose- und Maltosevergärer überführt werden, während eine Gewöhnung an Mannit für Shiga-Kruse und an Milchzucker für die übrigen Ruhrstämme selbst durch achtmonatiges Fortzüchten in Laktosepeptonwasser nicht erzielt werden konnte. 8. Bezüglich der Agglutination durch Immunsera zeigten Flexner-, Y- und die gewonnenen Stämme ein so verschiedenes Verhalten, daß eine einwandfreie Trennung der Stämme untereinander nicht erzielt werden konnte. Stamm 1412 b (NB. ein Y-Stamm) zeigte sogar hohe Mitagglutination auf Shiga-Kruse-Serum. 9. Ebenso fielen die Resultate der Komplementbindung aus, so daß bei der leichten Veränderlichkeit des Verhaltens gegen Kohlehydrate bei Y-Stämmen mit der Möglichkeit einer Umwandlung in den Flexner-Typ im menschlichen Körper**) gerechnet werden muß. 10. Die Ruhrepidemie des Jahres 1906 in Tr. wurde durch den Bazillus Shiga-Kruse, die Nachepidemie des Jahres 1910 durch den

*) Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. I. Abt., 58. Bd., 1911, Heft 7.

**) Hier gesperrt gedruckt.

Y-Typ verursacht. Der Bazillenträger, welcher in seinem Stuhl einen dem Shiga-Kruse nahe verwandten Bazillus (DH) (NB. = Dysenterie Hofgeismar, von Konvich gefunden) beherbergte, ist als der Ausgangspunkt der ersten Epidemie vom Jahre 1906 mit großer Wahrscheinlichkeit anzusehen. Es liegt infolgedessen die Möglichkeit der Umwandlung eines und desselben Mikroorganismus auf Grund breiter wechselnder physiologischer Funktionen vor." *)

In seinen „Beiträgen zur Morphologie und Biologie der Ruhrbakterien" berichtet G. Bernhardt**), im Anschluß an Beobachtungen früherer Autoren, auf Grund von Untersuchungen in dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin, daß dort die Veränderungen des Fermentierungsvermögens der Dysenteriebakterien des Typus Flexner und des Typus Y nur bei solchen Stämmen beobachtet werden konnten, welche längere Zeit im Laboratorium fortgezüchtet worden waren, während bei den frisch von Krankheitsfällen isolierten Stämmen, die zu untersuchen sich Gelegenheit geboten hatte, ein derartiges Umschlagen des Gärvermögens nicht gesehen wurde, ebensowenig bei den Stämmen des giftigen Shiga-Kruse-Typus. Bernhardt ging dabei zunächst von einer mittels des Burrischen Tusche-Punkt-Kultur-Verfahrens hergestellten Ein-Zell-Kultur von Y-Dysenterie aus, wobei also die Kultur von einem einzigen Zellindividuum abstammt und der Einwand, daß eine Verunreinigung der Ausgangskultur vorgelegen hat, wegfällt. Später benutzte er die gewöhnlichen Methoden der Reinkultur. Das Gärvermögen gegenüber Lackmus-Maltose-Agar trat im Zusammenhang mit der bekannten Knopfbildung der Tochterkolonien auf. Dabei ließ sich morphologisch und serologisch ein Unterschied dieser Varietäten gegenüber der nichtvergärenden nicht feststellen. Entsprechende Beobachtungen wurden bei Flexner-Stämmen gemacht. Bernhardt erörtert an der Hand dieser Befunde die Theorie der „Mutationserscheinungen" und die Frage der plötzlichen Neuerwerbung vererbbarer Eigenschaften. Er nimmt an, daß es sich um solche Vorgänge bei der Knopfkoloniebildung und der Ausbildung eines Gärvermögens gegenüber Maltose unter bestimmten Lebensbedingungen, Verlust dieser Fähigkeit unter anderen Bedingungen nicht handelt, sondern um eine „Modifikation" nichterblicher Verschiedenheiten zwischen den Individuen, verursacht durch äußere Einwirkungen. Vererbbar sei eben nur diese Modifizierbarkeit an sich. Bernhardt nimmt an, daß ein geringes Gärvermögen des Dysenteriebazillus Y gegenüber Maltose schon normalerweise latent vorhanden ist; unter ungünstigen Lebensbedingungen geht diese Fähigkeit wieder verloren. Die Beobachtungen Mühlmanns, nach dessen Mitteilungen es gelungen ist, den Dysenteriebakterien durch wochenlang fortgesetzte Übertragung in Bouillon von allmählich steigendem Alkaligehalt ganz neue Eigenschaften anzuzüchten, sie koli-ähnlich zu machen, insbesondere sie in aktiv bewegliche, geißeltragende Bakterien zu verwandeln, — hat Bernhardt nachgeprüft an Shiga-, Flexner- und Y-Stämmen. Er fand auch, daß allmählich an immer höheren Alkaligehalt gewöhnte Bakterien die merkwürdigsten Degenerationsformen, Flaschen-, Kürbis-, Kugelformen, auch Kettenbildungen aufweisen, konnte aber aktive Beweglichkeit und Ausbildung von Geißeln nicht feststellen. Sobald er die so veränderten Bakterien nur ein paarmal über die ihnen zusagenden Nährböden schickte, nahmen sie wieder das Verhalten typischer Dysenteriebazillen an, in kultureller wie serologischer Hinsicht, die Shigabazillen auch hinsichtlich der Toxizität.

*) Hier gesperrt gedruckt.

**) Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1912, 71. Band.

In einer zweiten Arbeit von G. Bernhardt und Wl. N. Markoff*) wird die obige Auffassung durch weitere Befunde gestützt, jedoch auf Grund einer neuen Beobachtung die frühere Mitteilung, daß diese als Modifikation zu bezeichnenden Veränderungen nur bei älteren Dysenteriestämmen vorkommen, dahin ergänzt, daß auch ganz frisch von Erkrankungsherden isolierte Stämme Modifikationen zeigen können. Letztere treten nur unter veränderten Lebensbedingungen auf und verschwinden wieder am natürlichen Standort. (Bei dieser Gelegenheit betonen die Verfasser den engen Zusammenhang der giftarmen Dysenteriestämme und die Unmöglichkeit, mit Sicherheit auf Grund geringer agglutinatorischer Differenzen und des Verhaltens gegenüber den Zuckerarten, das bei einem und demselben Stamm schwankt, verschiedene Arten der giftarmen Ruhrbazillen aufzustellen.) Auch an dem Verhalten eines Koli-Stammes (Coli mutabile) bestätigten Bernhardt und Markoff ihre Auffassung. Durch Tierkörperpassage konnte ein Rückschlag der erworbenen neuen Fähigkeiten erzeugt werden.

*) Über Modifikationen bei Bakterien. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. 65 Bd., 1912, Heft 1/3, I. Abt.

(Fortsetzung folgt.)

Therapeutisches.

Peristaltin, ein in Wasser leicht lösliches, ohne Nebenwirkung purgierendes Glykosid, wird aus der Rinde von Rhamnus Purshiana (Cascara Sagrada) dargestellt.

Die Dosierung ist sicher und bequem. Die die Bornträger'sche Reaktion gebenden Emodinderivate und damit auf sie zurückführbare unerwünschte Nebenwirkungen sind weggeschafft. Peristaltin wirkt auch in großen Dosen völlig ungiftig, was Tierversuche einwandfrei erwiesen haben. (Pietsch, Über Peristaltin. Aus dem medizinisch-chemischen und pharmakologischen Institut der Universität Bern. Direktor Prof. Dr. Emil Bürgi. Therapeutische Monatshefte 1910, Januar.) Bei Versuchen am Menschen wurden bedeutend größere als die üblichen Tagesgaben ohne Koliken oder irgend eine sonstige Nebenwirkung gut vertragen und auch bei fortgesetzter Anwendung nie Magenbeschwerden oder Übelkeit beobachtet. (Vorläufige Mitteilung über die mit Peristaltin angestellten Versuche an dem pharmakol. Institut der Universität Marburg, Direktor Prof. Dr. Gürber.) Die kleinen wirksamen Dosen ermöglichen die Einnahme in kleinen, eleganten Tabletten, die bequem und angenehm zu nehmen sind.

Bemerkenswert ist, daß Peristaltin auch bei subkutaner Anwendung abführend wirkt. Die Injektionen sind schmerzlos und die Injektionsstellen bleiben reaktionslos. Nach subkutaner Injektion von 0,2 g im Selbstversuch (Gürber) kam es innerhalb 10—12 Stunden zu zwei außerordentlichen Darm-

entleerungen, während gesteigerte, aber ganz schmerzlose Peristaltik schon etwas früher eintrat. Der Harn blieb nach allen Injektionen frei von Eiweis und Zylindern. Auch in der medizinischen Klinik zu Marburg wurden durch Dr. Walter bereits zahlreiche Versuche gemacht, auch da hat sich Peristaltin als mildes, recht brauchbares Abführmittel erwiesen. (Münchener Medizinische Wochenschrift 1910, Nr. 34, pag. 1812.)

Eigenschaften: Peristaltin ist ein gelbes, etwas hygroskopisches Pulver von kristallinischem Aussehen. Es ist wohl wegen seiner leichten Löslichkeit in Wasser und weil es in wässriger Lösung schon bei mäßiger Erwärmung hydrolytischer Spaltung unterliegt, trotz der zahlreichen, eingehenden Untersuchungen der Sagradarinde durch hervorragende Forscher, erst jetzt entdeckt worden, obgleich es in der Rinde in weit größerer Menge vorhanden ist, als die bis jetzt darin gefundenen Emodine. Aus den bisherigen Untersuchungen der Cascararinde ist der Schluß gezogen worden, daß die ekkoprotische Wirkung der Rhamnusdrogen wie bei Rheum und Senna auf die Anwesenheit von Emodinderivaten zurückzuführen sei. Es ist deshalb erwähnenswert, daß aus Peristaltin — dem Hauptbestandteil des Sagradaextraktes — kein Anthracen gewonnen werden konnte.

Die nähere wissenschaftliche Aufklärung dieses neuen, interessanten Stoffes ist durch Prof. Dr. Tschirch, Direktor des pharmazeutischen Institutes der Universität Bern, in Angriff genommen worden. Seine grundlegenden Untersuchungen der Rhamnusdrogen dürften durch diejenige des Peristaltins eine interessante Erweiterung unserer Kenntnisse über die ekkoprotisch wirkenden Drogen zur Folge haben.

Dosierung: Die wirksame Dosis des Peristaltin ist nach den bisherigen Erfahrungen 0,1—0,15 g pro die (2—3 Tabletten). Subkutan wendet man Peristaltin in Dosen von 0,15—0,3 g pro die als sterile Lösung in Ampullen an.

Die Wirkung tritt in beiden Fällen in 10—18 Stunden nach Einverleibung ein.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma
O. Fritze & Co., Offenbach a. M.
bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr. 823

Nr. 20. 17. August **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Denkschrift zur Feier der Eröffnung der achten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve).*)

Ein Blick auf nachstehende Tabelle zeigt in etwa den Umfang der Aufgabe, deren Bewältigung der Rheinischen Provinzialverwaltung in der „Fürsorge für das Irrenwesen" übertragen ist. Am 31. März 1911 betrug danach die Gesamtzahl der zu versorgenden Geisteskranken, Idioten und Epileptiker 14 310. Die Zahl hat zugenommen in den letzten sechs Jahren um 526, 440, 487, 738, 363, 477 jährlich, das ist eine Durchschnittszunahme von 450, und zwar stellen *diese Zahlen* die Nettozunahme nach Abzug aller Abgänge wegen Heilung, Tod oder Entlassung dar.

Aus diesen, auf den ersten Blick geradezu erschreckenden Ziffern dürfen jedoch nicht zu weitgehende Schlüsse etwa auf die Zunahme der Geisteskrankheiten überhaupt gezogen werden, selbst wenn man hinzufügt, daß außer den vorangegebenen, vom Provinzialverband untergebrachten Kranken in der Rheinprovinz noch etwa 2000 Kranke ohne Vermittlung des Provinzialverbandes in Privatanstalten untergebracht sind. Es ist nämlich bei Würdigung dieser Ziffern (neben der Bevölkerungszunahme um 2,35% jährlich in den letzten Jahren) zu bedenken, daß in den obigen Zahlen nur die in Anstalten untergebrachten Kranken berücksichtigt sind, daß also damit nur nachgewiesen ist, daß deren Zahl relativ sehr stark steigt. Dies kann aber auch ohne Zunahme der Geisteskranken überhaupt darin seinen Grund haben, daß es in den letzten Jahren weit mehr als früher üblich wird, Geisteskranke, die früher zu Hause gehalten wurden, in den Anstalten unterzubringen. Als Grund hierfür kommen aber wohl folgende Umstände in Betracht: Zunächst dringt die Kenntnis von dem humanen Verfahren der heutigen Irrenpflege in immer weitere Volkskreise; es schwindet dadurch immer mehr die Scheu vor den Irrenanstalten und die Angehörigen entschließen sich daher weit eher als früher, einen Kranken der Anstaltspflege zu übergeben. Sodann wird es immer mehr unmöglich, daß ein

Statistische Übersicht
über die Zahl der in der Fürsorge des Rheinischen Provinzialverbandes befindlichen Geisteskranken, Idioten und Epileptiker

Am 31. März	Epileptiker	Idioten	Geisteskranke	zusammen	Einw. d. Rheinprov. am 1. Dez. des vorhergehenden Jahres (f. d. Zeit zwisch. 2 Volkszählung. schätzungsw.)	Geisteskranke Idioten, Epileptiker pro 1000 Kopf d. Bevölk.
1894	820	975	4836	6 631	4 947 758	1,334
1895	866	1147	5412	7 425	5 026 880	1,477
1896	879	1242	5964	8 025	5 106 002	1,583
1897	824	1293	6001	8 118	5 236 761	1,550
1898	878	1416	6099	8 393	5 367 520	1,564
1899	924	1520	6203	8 647	5 498 279	1,572
1900	928	1619	6603	9 150	5 629 038	1,625
1901	944	1718	6893	9 555	5 759 797	1,658
1902	959	1849	7187	9 995	5 895 105	1,695
1903	968	1981	7302	10 251	6 030 413	1,699
1904	1046	2105	7635	10 786	6 165 721	1,748
1905	1113	2275	7891	11 279	6 301 029	1,790
1906	1263	2425	8117	11 805	6 436 337	1,835
1907	1287	2508	8450	12 245	6 573 298	1,863
1908	1307	2656	8769	12 732	6 710 259	1,897
1909	1404	2846	9220	13 470	6 847 220	1,967
1910	1419	2936	9478	13 833	6 984 180	1,981
1911	1442	3069	9799	14 310	7 121 140	2,010

etwas auffallender Geisteskranker draußen in der Freiheit bleibt; das liegt an den besonders in der Rheinprovinz immer mehr sich ausdehnenden städtischen Verhältnissen mit ihren engeren Wohnungen, ihrer strengen Polizei; mancher Kranke unserer Anstalten könnte, wenn seine Heimat in einem ländlichen Dorfe wäre, ruhig bei seinen Angehörigen bleiben und würde höchstens von den Kindern auf der Straße etwas geneckt; in der Stadt wird er aber sofort von der Polizei gefaßt und der Irrenanstalt übergeben. Als drittes wesentliches Moment kommt dann noch in Betracht das immer schärfere Erkennen

***) Mit gütiger Erlaubnis des Herrn Landeshauptmanns der Rheinprovinz abgedruckt, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei.** Dr. Bresler.

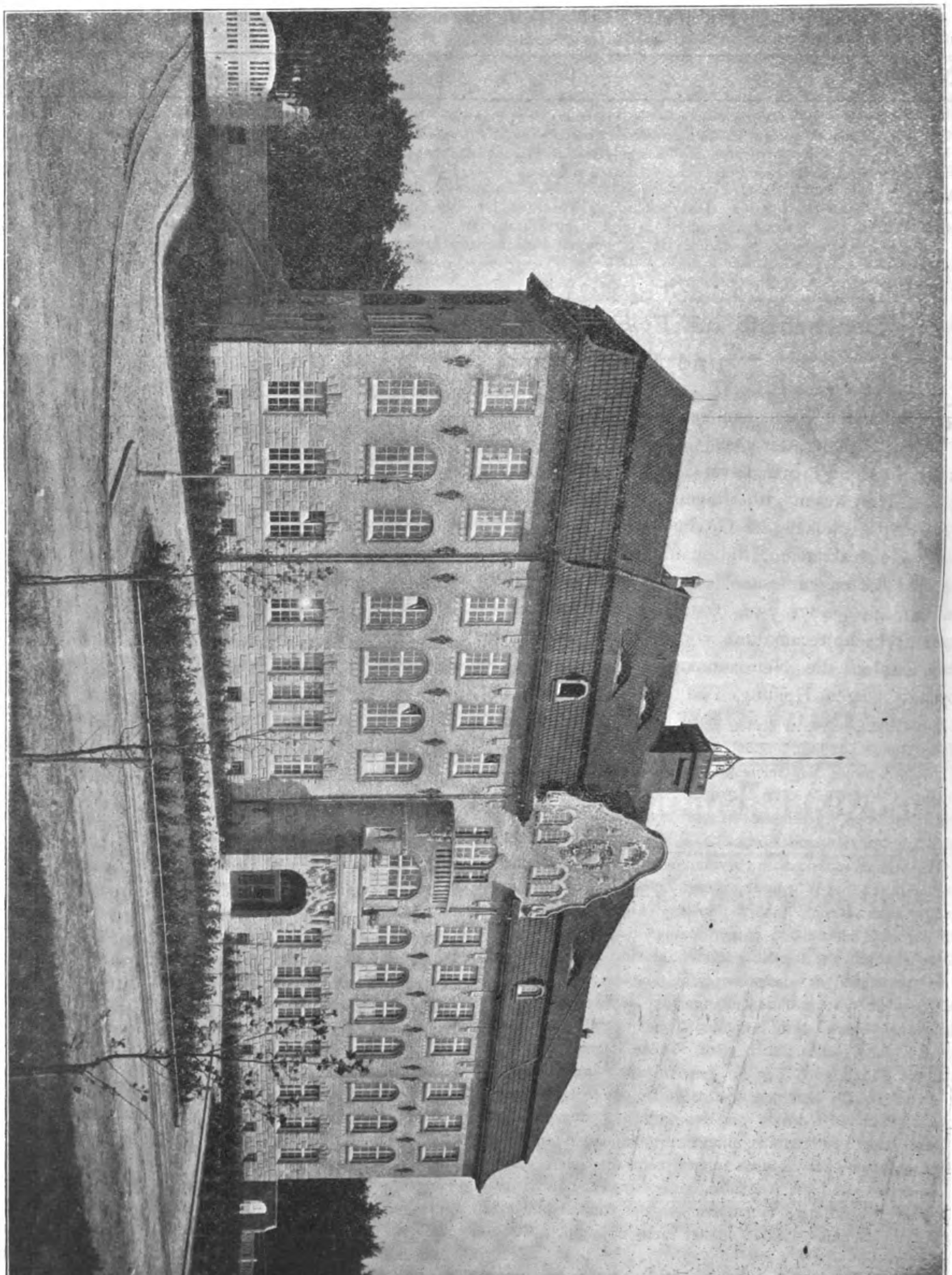


Abb. 1. Verwaltungsgebäude.

der Geisteskrankheiten, besonders bei den gewohnheitsmäßigen Rechtsbrechern. Während diese früher zwischen Freiheit und Strafanstalt stets hin und her pendelten, werden sie jetzt bei ihrer ersten Einlieferung in das Gefängnis auf ihren Geisteszustand untersucht, dann vielfach als geisteskrank erkannt und bleiben dann dauernde Insassen der Irrenanstalt. Ob daneben das moderne, hastende und aufregende Leben und die größere Einwirkung der Schädlichkeiten, wie Alkohol und Geschlechtskrankheiten, auch noch auf die Zunahme der Geisteskranken wirken, ist eine noch unentschiedene Frage; jedenfalls genügen die oben angegebenen drei Momente, um zu erklären, daß zurzeit und auch wohl noch auf Jahre hinaus die in Anstaltspflege unterzubringenden Geisteskranken stärker wachsen als die Bevölkerung. Ein Beharrungszustand wird nach Ausführungen von psychiatrischer Seite und nach Zählungen in anderen Ländern voraussichtlich erst dann eintreten, wenn von 1000 Einwohnern drei als Geisteskranke in Anstaltspflege untergebracht sind.

Es ist selbstverständlich, daß auch im Haushaltsplane der Provinzialverwaltung die Kosten der Irrenpflege eine immer größere Rolle spielen. Nach dem Finalabschluß über das Jahr 1910 haben sie insgesamt, alle Verpflegungsklassen zusammengerechnet, 7614684 Mark betragen, ohne die Kosten der Tilgung und Verzinsung der für Anstaltsbauten aufgenommenen Anleihen.

Zwei Fragen beschäftigen daher immer lebhafter die Verwaltung, nämlich: Wohin mit den Kranken, insbesondere mit dem jährlichen Zuwachs? Wie können die Kosten beschränkt oder wenigstens in einem erträglichen Umfang gehalten werden? Bei Lösung dieser Fragen kommt uns, wie vorab bemerkt sein soll, ein Umstand in der Rheinprovinz in wesentlichem Umfange zunutze, nämlich das Vorhandensein zahlreicher Privatanstalten, besonders in den Händen der religiösen Genossenschaften beider Konfessionen. In diesen bringt der Provinzialverband gegen Zahlung eines Pflegesatzes fast sämtliche Idiote (etwa 3000), den größten Teil der Epileptiker (etwa 1000) und einen Teil der unheilbaren Geisteskranken (etwa 3000) unter. Für den größten Teil der Geisteskranken und einen Teil der Epileptiker, vor allem für alle heilbaren, für alle neuaufzunehmenden und für die meisten gemeingefährlichen Geisteskranken, also für die schwierigsten Aufgaben, sind aber die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten bestimmt.

Von unseren heutigen Anstalten wurden die sogenannten fünf alten Anstalten Grafenberg, Merzig und Andernach im Jahre 1876, Düren im Jahre 1878 und Bonn im Jahre 1882 eröffnet. Sie sollten ursprünglich nur für zusammen 1300 Kranke bestimmt sein, sie sind aber inzwischen immer wieder umgebaut und vergrößert und auch völlig modernisiert und den neuzeitlichen Forderungen angepaßt worden, so daß sie heute insgesamt 3628 aufnehmen können. Durch die Beschlüsse des 39. und 40. Provinziallandtages in den Jahren 1895 und 1897 wurde eine völlige Reform des Rheinischen Irrenwesens eingeleitet, die außer dem schon erwähnten Umbau der alten Anstalten auch die Errichtung von 2 neuen Anstalten im Pavillonsystem vorsah; es entstanden daraufhin die Anstalten Galkhausen bei Langenfeld mit 800 Plätzen, eröffnet am 1. März 1900, und Johannistal bei Süchteln mit zunächst 800, später 1040 Plätzen, eröffnet am 1. Juli 1905. Aber schon dem 46. Provinziallandtage im Jahre 1906 mußte wieder eine Vorlage gemacht werden, in der mit Rücksicht auf die steigende Zahl der Kranken die Notwendigkeit der Schaffung einer weiteren Anstalt dargelegt wurde, eine Notwendigkeit, die noch dringender wurde dadurch, daß die Auflösung der Departemental-Irrenanstalt in Düsseldorf, in der 500 Kranke vom Rheinischen Provinzialverband untergebracht waren, von deren Kuratorium beschlossen wurde.

Neben der Notwendigkeit, weitere Plätze zu schaffen, drängte sich aber auch immer gebieterischer die Aufgabe heran, die für den einzelnen Kranken aufzuwendenden Kosten soweit als möglich zu vermindern, und zwar sowohl die auf den einzelnen Kranken entfallenden Anstaltsbaukosten wie vor allem auch die Betriebskosten der Anstalt. Beiden Zielen glaubt die Provinzialverwaltung in etwa entgegen zu kommen dadurch, daß der bisher im allgemeinen befolgte Grundsatz, in der Größe der Anstalt nicht über 800 Kranke hinauszugehen, verlassen und eine wesentlich größere Anstalt gebaut wurde, nämlich eine solche, die 2200 Kranke aufnehmen kann.

Das wesentlichste Bedenken, das gegen eine allzu große Ausdehnung der Anstalten spricht, liegt darin, daß es bei einer so großen Anstalt für den Direktor immer schwieriger wird, den ganzen vielseitigen Betrieb, sowohl nach der ärztlichen wie nach der wirtschaftlichen Seite, zu übersehen, daß insbesondere es für ihn nicht mehr möglich wird, selbst die einzelnen Kranken nach ihrem Krankheitsbilde zu kennen und ihre Behandlung zu überwachen. Aber die darin liegenden Schwierigkeiten können durch eine geeignete Organisation und Arbeitsteilung unter die Ärzte und Beamten der Anstalt überwunden werden. Es bestehen vor allem keinerlei Bedenken dagegen, die Behandlung der Kranken den Ärzten der einzelnen Abteilungen, die doch auch schon alle über längere psychiatrische Erfahrungen verfügen, mit einer verhältnismäßigen Selbständigkeit lediglich unter Oberaufsicht des Direktors zu überlassen. Außerdem ist aber auch der Betrieb in der Anstalt Bedburg gegenüber den bisherigen Anstalten



Abb. 2. Pflegerwohnhäuser.

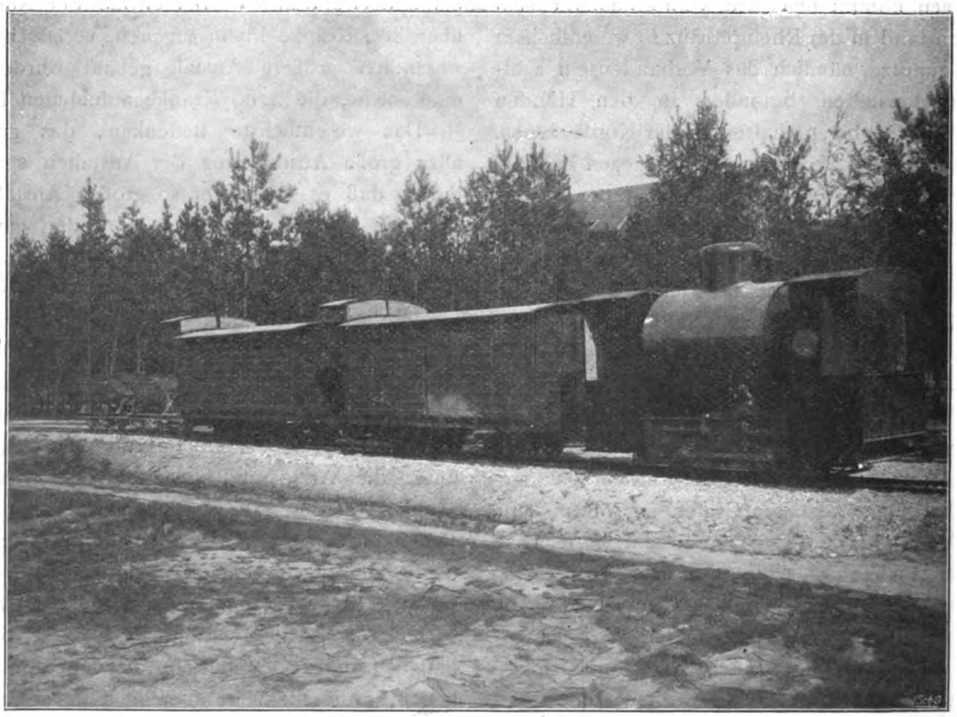


Abb. 3. Speisentransportbahn mit feuerloser Lokomotive.

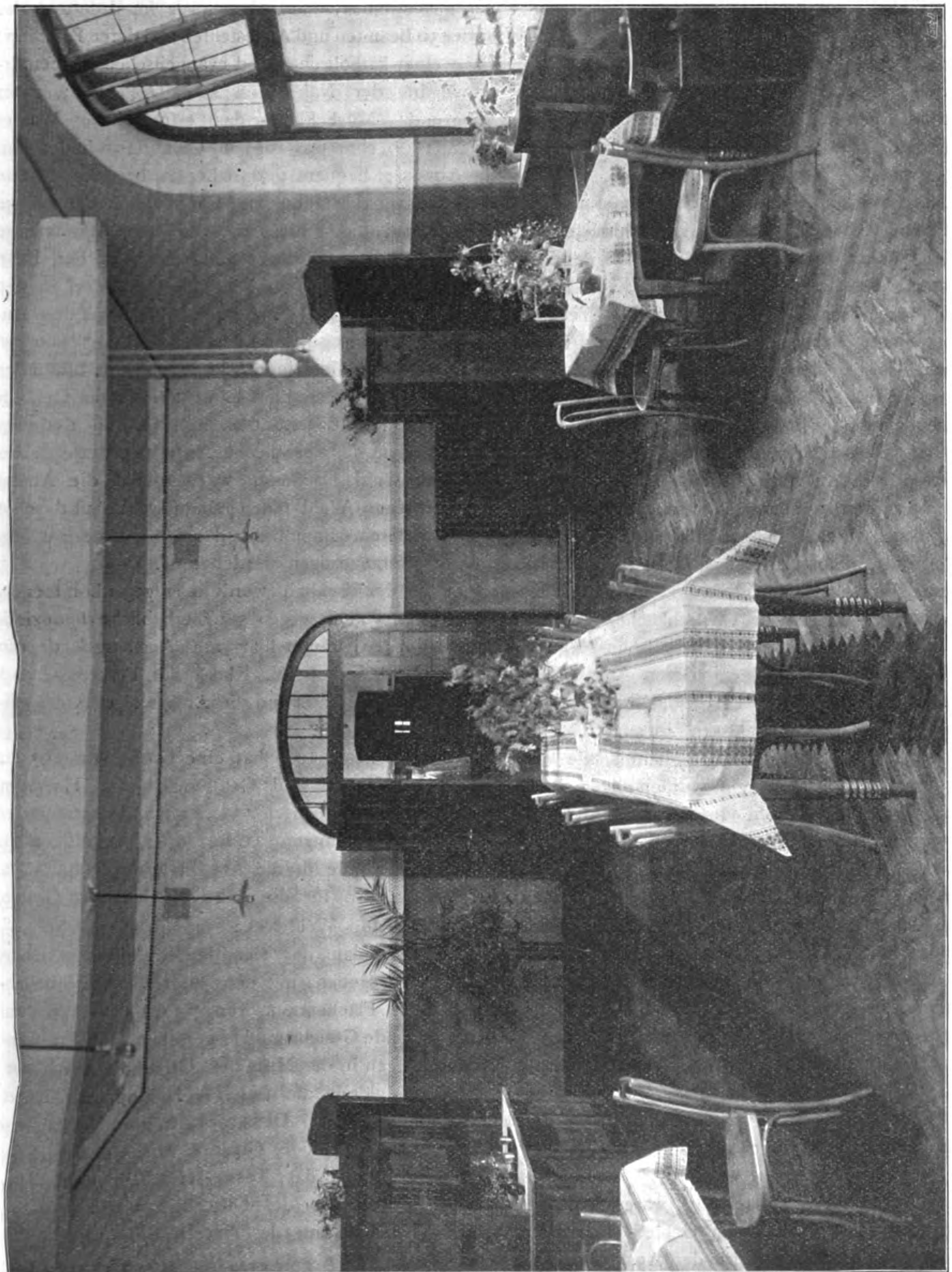


Abb. 4. Tagesraum eines Hauses für ruhige Kranke.

in zwei Punkten erleichtert und vereinfacht worden; einmal ist nur eine Verpflegungsklasse (die sogenannte vierte oder Normalklasse) vorgesehen, da für diejenigen Kranken, die in den besseren Klassen verpflegt werden müssen, in den anderen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten ausreichend Platz zur Verfügung steht. Sodann ist der Aufnahmebezirk der Anstalt trotz ihrer weit größeren Bettenzahl nicht größer bemessen worden als bei den andern Anstalten, nämlich auf etwa 300 Neuaufnahmen jährlich. Daher werden die sehr viel Arbeit erfordernden Neuaufnahmen in der Anstalt verhältnismäßig weniger zahlreich sein als in den andern Anstalten, und die Zahl der abgelaufenen Fälle, die stets das gleiche Krankheitsbild zeigen, verhältnismäßig groß. So wird der Wechsel des Krankenmaterials bei der Anstalt Bedburg nicht größer sein als bei den weit kleineren übrigen Anstalten, so daß dadurch der Betrieb eine gewisse Vereinfachung und leichtere Übersichtlichkeit erfährt.

Auf der andern Seite ist nicht zu bestreiten, daß eine größere Anstalt, sowohl in bezug auf die Baukosten pro Bett wie auch in bezug auf die Betriebskosten, sich verhältnismäßig billiger stellt als eine kleinere Anstalt, denn das Baugelände, die Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude (das spezielle Verwaltungsgebäude, Kochküche, Waschküche, Kessel- und Maschinenhaus, Bäckerei, Gesellschaftshaus, Kirche usw.) brauchen auch bei einer größeren Anzahl von Kranken nur einmal vorhanden zu sein, und wenn sie auch zum Teil größer sein müssen, so steigen doch ihre Kosten nicht in demselben Verhältnis wie die Zahl der Kranken. Dasselbe gilt von den allgemeinen Verwaltungskosten (Gehältern der Beamten, Kosten der Heizung und Beleuchtung, Wasserversorgung usw.). Ebenso wird die Anschaffung Zeit und Geld sparender vollkommener Betriebseinrichtungen eher möglich und rentabel bei einer größeren Anstalt. Dem Ziele einer Verminderung der Betriebskosten soll dann in der Anstalt Bedburg weiter noch dienen eine möglichst vollkommene Ausgestaltung der wirtschaftlichen Einrichtungen sowie die möglichst weitgehende Durchführung des Grundsatzes, alle Bedürfnisse der Anstalt in der eignen Wirtschaft herzustellen. Das Nähere hierüber findet sich unten in der Darstellung der wirtschaftlichen und technischen Einrichtungen der Anstalt.

Bei der Auswahl des Baugeländes waren folgende Anforderungen zu stellen: Lage im Gebiete derjenigen Kreise, die den Aufnahmebezirk der Anstalt bilden, nämlich Cleve, Geldern, Mörs, Rees, Hamborn, Dinslaken, Oberhausen, Mülheim a. d. Ruhr, Duisburg; Nähe einer großen Stadt, einmal in Interesse des Anstaltsbetriebes, dann aber auch im Interesse der etwa 430 Beamten und Angestellten und deren Familien; Lage einer katholischen und evangelischen Elementarschule in der Nähe des Anstaltsgeländes; guter Baugrund; Möglichkeit, das erforderliche Wasser (etwa 1000 cbm pro Tag) im Gelände zn finden und die Abwässer bequem und sicher zu beseitigen; Nähe einer Eisenbahnstation und Möglichkeit der Anlage eines Eisenbahnanschlusses. Alle diese Erfordernisse werden erfüllt bei dem unmittelbar an der Bahn zwischen den Stationen Cleve und Pfalzdorf in den Gemeinden Hau und Schneppenbaum liegenden Anstaltsgelände, das seinen Namen „Bedburg“ von der einen Teil der Gemeinde Schneppenbaum bildenden Ortschaft Bedburg erhalten hat. Bei diesem Gelände war der Umstand besonders günstig, daß derjenige Teil, auf dem die eigentlichen Anstaltsgebäude gebaut sind, mit Wald bestanden war, so daß die Anstalt gleich in einen Wald hineingebaut wurde und schon von vornherein Baumbestand zeigte, der sonst erst mühsam herangezogen werden muß.

Seitens der Eisenbahn wurde in entgegenkommender Weise, wenn auch gegen ganz erhebliche finanzielle Aufwendungen, unmittelbar am Anstaltsgelände ein öffentlicher Bahnhof IV. Klasse für Personen- und Güterverkehr errichtet und die Anlage eines Anschlußgleises zugestanden.

Das Anstaltsgebäude hat eine Größe von 195 ha und 82 a. Davon sind Gebäudeflächen, Hofraum, Wege und Krankengärten 45 ha 89 a, Beamtengärten 4 ha 24 a, Waldungen 21 ha 66 a, Begräbnisplatz 1 ha 6 a, Gelände für die Anschlußbahn 2 ha 48 a. Es bleiben also für die Landwirtschaft als Garten, Ackerfelder und Weiden 120 ha 49 a.

Der Lageplan der eigentlichen Anstaltsgebäude, die, wie angegeben, mit den zugehörigen Nebenanlagen einen Flächenraum von 75 ha bedecken, war durch folgende Gesichtspunkte gegeben. Die Krankengebäude liegen in der Mitte des Geländes, durch eine natürliche Mulde in die beiden Abteilungen für Männer und Frauen getrennt. Dienstwohnungen, Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude, Gutshof und Friedhof liegen an der Peripherie, das Kessel- und Maschinenhaus speziell in der Nähe des Güterbahnhofs wegen bequemer Heranführung des Anschlußgleises.

(Fortsetzung folgt.)

Über Hausindustrie in den Anstalten.

Von Direktor Dr. *Herting*, Galkhausen.

Nach einem Vortrag, gehalten 15. Juni 1912 im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß jedes Bemühen, das sprichwörtlich gewordene „Anstaltseinerlei" zu brechen und die Beschäftigung möglichst mannigfaltig zu gestalten, mit Freuden begrüßt werden muß.

Von diesem schon vor 100 Jahren von den Irrenärzten vertretenen und befolgten Grundsatz ist man später abgekommen und hat das Interesse ausschließlich der Gärtnerei und Ackerwirtschaft zugewandt, jede industrielle Beschäftigung dagegen als „gefängnismäßig" verworfen. Neuerdings ist ein völliger Wechsel eingetreten. Die Irren- und Krankenanstalten führen verschiedene Hausindustrien ein und die Gefangenen werden zu Feld- und Forstarbeiten verwendet.

Als Hausindustrie im eigentlichen Sinne sind die fabrikmäßig und für Rechnung anderer gehenden Arbeiten zu bezeichnen, im weiteren Sinne auch die zum Teil erst in den letzten Jahren eingeführten Beschäftigungsarten, deren Produkte entweder im Anstaltshaushalt selbst verwendet oder über den Bedarf hinaus angefertigt werden.

Mit der Steigerung des irrenärztlichen Interesses an der Arbeitstherapie ist das Verlangen nach größerer Mannigfaltigkeit der Arbeitszweige gewachsen, und zwar wünschte man

1. Massenbeschäftigung für zu Feld- und Werkstattarbeiten unfähige oder ungeeignete Kranke und
2. Einzelbeschäftigung für intelligente, fluchtverdächtige, vielfach auch gemeingefährliche Kranke.

Eine Rundfrage bei 21 Anstalten Deutschlands, die als warme Vertreter der Arbeitstherapie bekannt sind, ergab, daß davon nur zehn Anstalten die Hausindustrie in dem genannten engeren Sinne betreiben, vier in ganz geringem Maße und sieben gar nicht.

An diesen zehn Anstalten waren durchschnittlich 30 Männer, an vier Anstalten durchschnittlich zehn Frauen hausindustriell tätig.

Mehrere dieser Anstalten wünschten die Hausindustrie auszudehnen, und es würde sich fragen und zu erörtern sein, ob diese Ausdehnung zu empfehlen ist, wenn ja, wie weit und in welcher Richtung.

Als erstes muß ausdrücklich betont und daran festgehalten werden, daß aus gesundheitlichen Rücksichten die Feld-, Garten- und Forstarbeiten, aus wirtschaftlichen Gründen der Beschäftigung in den allgemein üblichen und notwendigen Werkstätten der Anstalt, in Küche, Waschhaus und in den Nähstuben vor allen anderen Tätigkeiten der Vorzug zu geben ist; andere Betriebszweige kommen daher nur dann in Frage, wenn hier schon alle Plätze voll besetzt sind, oder wenn Kranke vorhanden sind, die sich nicht für diese eignen.

Da das letztere aber wohl überall der Fall ist, so ist die Einrichtung von Hausindustriezweigen grundsätzlich warm zu empfehlen, ohne daß es eines Eingehens auf die inneren irrenärztlichen Gründe für die sogenannte Arbeitstherapie bedürfte.

Als **Massenbeschäftigung** für die körperlich schwachen oder geistig stumpfen Kranken sind Arbeiten zu wählen, welche keine besondere Handfertigkeit und keinen großen Apparat erfordern, nicht gesundheitsschädlich, d. h. nicht mit Staubentwicklung verbunden sind, in jedem Raum und im Sitzen, vielleicht auch im Bett ausgeübt werden können.

Als solche sind bekannt und in Gebrauch Kleben von Tüten und Briefumschlägen, Verlesen von Hülsenfrüchten, Sortieren von Wollfäden für Spinnereien, Entkletten gereinigter Schafwolle, Zerfasern von Strumpfwollresten, Aufnähen von Knöpfen, Verknüpfen von Bindfadenresten usw. Ferner Kleben von Schachteln, Heftarbeiten (Schreibhefte, Drucksachen, Kartons), Entrippen von Tabakblättern, Zupfen von Roßhaaren usw. Die zuerst genannten entsprechen allen Anforderungen, sind daher rückhaltslos zu empfehlen; als Mangel wird nur empfunden, daß bei den Klebearbeiten der Maschinenbetrieb die Handarbeit mehr und mehr verdrängt, so daß es sehr schwer ist, Geschäftsverbindungen zu bekommen. Die zweite Gruppe ist nur bedingt verwendbar, da doch meist besondere Arbeitsräume und besondere, wenn auch einfache Geräte notwendig sind. Alle Arbeiten sind einfach und können sowohl von Männern wie von Frauen gemacht werden. Für die Auswahl sind die örtlichen Verhältnisse maßgebend, da Anlehnung an lokale Industrien nötig ist.

Als Einzelbeschäftigung für intelligentere, fluchtverdächtige oder gemeingefährliche Kranke sind eingeführt: die Anfertigung von feineren Korbwaren, Peddigrohr- und Bambusmöbeln, feineren Bürstenwaren, Holzgelenkmatten und Zigarren, Maschinenstricken, Drucken, Teppich- und Gobelinknüpfen, Weberei von Gebrauchsstoffen usw. Es sind Arbeiten, die nicht gesundheitsschädlich sind, etwas Geschick und kaum gefährliche Werkzeuge erfordern; sie sind

interessant und imstande, den Mann auch nach der Entlassung zu ernähren.

Besonders und für alle Anstalten zur Einführung zu empfehlen ist die Weberei von Gebrauchsstoffen aller Art, für Schürzen, Kleider, Bett- und Leibwäsche, da jede Anstalt selbst hierin dauernd den größten Bedarf hat, also die fertige Ware nicht nach außen abzusetzen braucht. Webefehler beeinträchtigen den Gebrauchswert nicht und aus der Stärke und Güte des verwendeten Materials zieht die Anstalt unmittelbaren Nutzen. Die Arbeit ist einfach und befriedigt, da der Kranke sie unter den Händen wachsen sieht, sie erfordert wenig und leicht erlernbare Geschicklichkeit, ist sauber, kann in jedem Raum vorgenommen werden und eignet sich für Kranke jeder Art und beider Geschlechter. Die Einführung bei den Männern verdient den Vorzug, weil der Absatz der Erzeugnisse anderer Hausindustrien meist schwierig ist.

Die Bewahrungshäuser berichten am günstigsten über Teppichknüpferei und Kunstweberei von Gobelins, Gardinen, Tischdecken usw. Der Grund scheint der zu sein, daß hierbei gefährliche Werkzeuge nicht angewendet werden, daß der Geschicklichkeit und dem Kunstverständnis relativ intelligenter Kranker am weitesten Rechnung getragen wird, und daß die Freude am geschaffenen Kunstwerk und die Erwartung eines höheren Arbeitsverdienstes die Kranken vom Zerstören des Arbeitsmaterials abhält.

Allgemein macht jede Anstalt mit ihren Arbeiten ihre besonderen Erfahrungen, bald bessere, bald schlechtere. Übereinstimmend ist, daß alle Betriebe je nach Krankenbestand, Aufnahmeziffer und Jahreszeit, nach Angebot und Nachfrage, nach dem Interesse der Ärzte, Beamten und des Personals und nach Stimmung der Kranken großem, oft täglichem Wechsel unterworfen sind. Dieser Wechsel ist unvermeidbar; er erschwert oder verhindert den Abschluß von Lieferungs- und Arbeitsverträgen mit Firmen. Vielfach hat der erschwerte Absatz auch darin seinen Grund, daß die fertige Ware zu gut und darum z. B. für den Verkauf in Warenhäusern ungeeignet ist.

Diesen Unzuträglichkeiten kann dadurch abgeholfen werden, daß der fabrikmäßige Betrieb durch Mannigfaltigkeit der Zweige ersetzt und daß möglichst nur für den eigenen Wirtschaftsbedarf gearbeitet wird, oder dadurch, daß von den einem größeren (Provinzial-)Verbande angehörenden Anstalten jede einen besonderen Zweig der Industrien spezialistisch bearbeitet, und daß die Anstalten, anstatt zu konkurrieren, sich mit ihrer Überproduktion bezw. mit ihren Aufträgen gegenseitig aushelfen. So würde es auch nicht ratsam sein, daß eine Anstalt, bei welcher eine Hausindustrie gut eingeführt ist und Absatzschwierigkeiten nicht bestehen, nun auch noch andere Zweige dazu einführt.

Gegen die Ausdehnung fabrikmäßiger Betriebe, gegen den Verkauf an Fremde und gegen den Abschluß von Lieferungs- und Arbeitsverträgen über Handelswaren spricht auch die Bekämpfung der sogenannten Gefängnisarbeit in den Parlamenten; auch würde in Frage kommen, ob nicht melde- und steuerpflichtige Gewerbe als vorliegend erachtet werden könnten.

Das Pflegepersonal soll die Hausindustrie im allgemeinen nicht sehr hoch einschätzen, weil seine Arbeit durch das Anlernen der Kranken und die unvermeidliche — sagen wir — Unordnung in den Abteilungen vermehrt wird; doch begegnet man der gleichen anfänglichen Ablehnung, wenn Hausarbeiter genommen und an die Feldarbeit geschickt werden, wenn die Kranken in den Wachsälen zum Nähen und Stricken angehalten werden sollen, wenn die Sicherung der Gitter durch die persönliche Überwachung ersetzt wird.

Ebenso wie die Hausarbeit soll auch die Hausindustrie vielfach nur eine Durchgangs- und Übergangsbeschäftigung für Werkstatt- und Außenarbeit sein.

Überhaupt soll Zweck und Nutzen der Hausindustrie ein vorwiegend ideeller, rein psychiatrischer sein, und pekuniäre Vorteile sind nicht in erster Linie zu erstreben.

Es ist indessen möglich, bei allen Arbeiten wirkliche bare Überschüsse zu erzielen, besonders bei den Massenbeschäftigungen, da hierbei lediglich sonst brachliegende Arbeitskräfte tätig und Betriebsunkosten nicht vorhanden sind.

So wurden in Galkhausen an Arbeitslöhnen durch Massenbeschäftigung (Tütenkleben und Kartonarbeiten) in den beiden letzten Jahren je 500 M. bar vereinnahmt, denen keinerlei Betriebsausgaben gegenüberstanden. Andere Anstalten berechneten oder schätzten ihre Einnahmen aus der industriellen Beschäftigung auf 300 bis 10000 M.; doch gestatten diese Zahlen bei der Verschiedenheit der Verrechnungen keine Vergleiche.

Seit ca. 2½ Jahren sind in Galkhausen sieben Handwebstühle in Benutzung; angefertigt wurden im letzten Jahre ca. 1800 m Gebrauchsstoffe, womit der Jahresbedarf der Anstalt an Kleider- und Schürzenstoff gedeckt war. Alle Kranken weben gern und mit sehr großem Eifer, Geschick und oft beneidens-

werter Geduld; und zwar meist Kranke, die sonst zu einer regelmäßigen und ernsten Arbeit nicht zu bewegen waren, vielfach auch bis dahin nicht einmal einen Webstuhl gesehen hatten.

Hinsichtlich der Verrechnung bezw. Verwendung des Reingewinns aus der Hausindustrie trete ich dem Standpunkt unserer Verwaltung, den Gewinn nicht anders verwendet zu sehen, wie den der anderen Anstaltsbetriebe (Landwirtschaft und Gärtnerei) im allgemeinen bei. Auf der anderen Seite verdient aber auch die Überweisung eines Teils, etwa eines Drittels der baren Einnahmen aus den Arbeitslöhnen an den Arbeitsverdienstfonds verständnisvolle Würdigung, da alsdann jeder, der Arbeitsarzt, die Kranken und die Pfleger einen unmittelbaren und greifbaren Erfolg ihrer Arbeit sehen und zu vermehrter Arbeitsleistung veranlaßt werden. Diese Maßnahme ist unbedenklich, da sie ähnlich bei den Arbeitsanstalten, Fürsorgeanstalten und Landarmenhäusern angewendet werden.

Das Interesse der Staats- und Provinzalverwaltungen auf die Einführung der Hausindustrien, besonders des Webens und Klöppelns, in den Irrenanstalten hingelenkt zu haben, ist das Verdienst des Landesversicherungsrats Hansen in Kiel, der im Mai 1902 auf der Landesdirektorenkonferenz zu Düsseldorf über das Ergebnis einer bezüglichen Studienreise nach Finnland und Schweden berichtete und auch eine Ausstellung von mitgebrachten Handarbeiten hier veranstaltete, deren Reichhaltigkeit und Sauberkeit der Ausführung sich jeder Besucher noch heute gern erinnern wird.

Während anfänglich nur beabsichtigt war, den Handfertigkeitsunterricht auf Idioten, Schwachsinnige, Blinde, Taubblinde und Krüppel anzuwenden, wurde auf Anregung der Großherzogin von Baden 1903 die Handweberei in den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Emmendingen eingeführt und damit der Beweis geliefert, daß auch die Irrenanstalten für dies neue Arbeitsfeld geeignet seien, und auf dem IV. Internationalen Irrenfürsorge-Kongreß zu Berlin 1910 hatten die Anstalten Emmendingen, Illenau, Lüneburg, Neustadt i. H., Tapiau und Uchtspringe selbstgefertigte Webe- und Knüpfarbeiten ausgestellt.

Ein weiteres Interesse an der Einführung gerade dieser besonderen Zweige, der Handweberei, Teppichknüpferei und des Klöppelns bekundete neuerdings der eingetragene Verein „Deutsche Spitzenschule“ in Berlin, indem er an die Provinzial- bezw. Anstaltsverwaltungen mit dem Vorschlag herantrat, die von ihm ausgebildeten Lehrerinnen einzustellen oder durch sie Wanderkurse von mehrmonatiger Dauer abhalten zu lassen oder endlich Anstaltspersonal zur Ausbildung oder Weiterbildung dem Verein zu überweisen.

Auch hier ist wieder zu betonen, daß für die Frauen in den Anstalten die Beschäftigung mit den häuslichen Handarbeiten, Nähen, Stopfen, Stricken, Maschinennähen und die Arbeit in Küche und Waschhaus die wichtigste und notwendigste bleibt. Gobelinweben, Knüpfarbeiten und Klöppeln können warm als angenehmer Zeitvertreib für Frauen der zahlenden Klassen empfohlen werden; das Klöppeln als Hausindustrie einzuführen, ist wegen der Konkurrenz der Maschinenarbeit nicht ratsam.

Falls eine Anstalt die Einführung von Weberei und Teppichknüpferei beabsichtigt, so wird es unumgänglich sein, im Pflegerdienste bewährtes Personal zur gründlichen Ausbildung auf möglichst lange Zeit an Webeschulen oder dergleichen zu schicken. Einer besonderen Ausbildung in den Anfangsgründen im Klöppeln bedarf es nicht, da diese sehr leicht zu erlernen, das Klöppeln auch schon sehr viel von Dilettanten ausgeübt wird.

Dagegen wäre die Anstellung einer Lehrerin im Weben, Klöppeln usw. behufs Abhaltung von Wanderkursen und Weiterbildung des Personals und der Kranken sicher erfolgreich und sehr wohl möglich, namentlich dann, wenn diese Handfertigkeiten allgemeiner in Anstalten eingeführt sind, und auch die Privat-Irrenanstalten, Idiotenanstalten, Krüppelheime u. dgl. sich bereit finden, die Lehrerin in regelmäßigen Zeiträumen zu beschäftigen.

Mitteilungen.

— **Maggis Würze bei Nahrungsabstinenz infolge Geisteskrankheit.** In einem Artikel: „Über den ernährungstherapeutischen Wert von Maggis Würze“ in der Deutsch. med. Wochenschrift vom 8. August 1912 berichtet Dr. K. Schröder aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Altscherbitz bei einer abstinierenden Kranken, die zweimal täglich mit der Sonde genährt wurde, über eklatanten,

langsamen und gleichmäßigen Anstieg des Körpergewichts von dem Zeitpunkte an, wo jeder Nährlösung zwei Teelöffel Maggis Würze zugesetzt wurden. Als, zur Probe aufs Exempel, der Maggiwürze-Zusatz weggelassen worden war, sank das Gewicht wiederum, und zwar in 14 Tagen um 4 Pfund. Bei erneutem Zusatz stieg es sofort wieder an. Der Verfasser bemerkt: „Durch diesen Versuch ist zum ersten Male am Menschen einwandfrei bewiesen, daß bei gleichzeitiger Darreichung von Maggis Würze die Speisen besser ausgenutzt werden als ohne diesen Zusatz und daß diese bessere Ausnutzung durch eine Körpergewichtszunahme zum Ausdruck kommt, die, wie im vorliegenden Falle, sehr beträchtlich sein kann." Die Bedeutung des Maggi-Zusatzes beschränkt sich also keineswegs auf die bloße Verbesserung des Geschmacks der Speisen und die Steigerung der Magensaftsekretion. Es ist bekanntlich auch durch Experiment am Menschen exakt nachgewiesen, daß durch die Maggische Würze bei direkter Einwirkung auf die Magenschleimhaut eine intensive Saftproduktion hervorgerufen wird.

Referate.

— Hannes, Prof. W., Zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 68, 1911.)

Verf. hat die während der Jahre 1893 bis 1904 in der Geburtshilflichen Poliklinik zu Breslau behandelten Fälle, wo die Kinder als manifest asphyktisch geboren verzeichnet waren, bei denen energische Maßnahmen — meist Schulzesche Schwingungen — zur Wiederbelebung vorgenommen werden mußten, zusammengestellt, ferner diejenigen, welche durch eine der typischen geburtshilflichen Operationen (Zange, Extraktion, Wendung und Extraktion) zur Welt kamen. Diesen beiden Gruppen stellt er eine dritte von spontan geborenen Kindern entgegen.

Auf Grund eingehender Nachuntersuchungen dieser Kinder versucht er die lang umstrittene Frage zu lösen, ob ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Geburtstrauma und später während des extrauterinen Daseins in die Erscheinung tretenden Störungen von seiten des Zentralnervensystems besteht.

Von den 62 asphyktisch geborenen Kindern waren zwei geistig anomal, von den 90 Kindern der zweiten Kategorie waren drei geistig minderwertig (einmal Lähmung eines Armes, 1 Idiot, 1 geistesschwach). Von den 89 gesunden Kindern waren ebenfalls drei geistig anomal.

„Bei Zugrundelegung des objektiven, vom Geburtshelfer registrierten Geburtsberichtes als anamnestischen Faktors bezüglich der Fragestellung, ob schwere und asphyktische Geburt in höherem Maße zu anomaler geistiger Entwicklung oder zur Idiotie disponiere als regelrechte und spontane Geburt, ist diese Möglichkeit im Gegensatz zu den Behauptungen anderer Autoren absolut zu verneinen.

Eine reine Littlesche Krankheit fand H. an seinem Materiale nicht, nur einen Fall von zentral bedingter Lähmung.

Desgleichen erlernten in der Mehrzahl der Fälle die Kinder zur rechten Zeit laufen und sprechen.

Unter Berücksichtigung aller Umstände ergibt sich, daß die Sterblichkeit in den ersten zehn Lebenswochen bei allen drei Gruppen die gleiche ist.

Ferner ergab sich die interessante Tatsache, daß die Anwendung der Zange dem Kinde keine dauernde Schädigung zufügt.

Eine Beeinflussung der späteren körperlichen und geistigen Entwicklung asphyktisch oder mit Kunsthilfe, namentlich auch mit der Zange zur Welt gekommener Kinder, gibt es nicht.

Dr. P. Michaelis-Posen.

— Ellis, Havelock, Geschlecht und Gesellschaft. Grundzüge des soziologischen Geschlechtslebens. II. Teil, deutsche Ausgabe von Dr. H. Kurella. Würzburg, Stüber, 1911.

Der vorliegende zweite Band dieses Werkes zeigt alle Vorzüge des ersten, 1910 erschienenen. Bei klarer Fragestellung wird ein geradezu riesiges Material in leicht fließender Sprache verarbeitet. Dieser Band bringt umfassende Abschnitte über Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Ehe und Ehescheidung und erörtert zum Schluß das gegenwärtig immer mehr Bedeutung gewinnende Problem der Rassenverbesserung, der Eugenik. Mercklin.

— Beschäftigungsbuch für Kranke und Rekonvaleszenten, Schonungsbedürftige jeder Art sowie für die Hand des Arztes, bearbeitet von Anna Wiest, Stuttgart, mit 122 Textabbildungen. Mit einer Vorrede von Prof. Dr. S. v. Romberg in Tübingen. Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1912. 351 Seiten. Geh. 5 M., geb. 6 M.

Wie v. Romberg im Vorwort mitteilt, hat die Verfasserin dieses Buches selbst in schwerer Leidenszeit den Nutzen einer ärztlich geregelten, ablenkenden sowohl wie übenden und bahnenden, dabei nützlichen Beschäftigung an sich erfahren. Zudem besitzt sie eine ungewöhnliche Fertigkeit und große Kenntnis in allen einschlägigen Beschäftigungsarten. So ist dem nicht einfachen Gegenstand sachkundige Bearbeitung durch eine durchaus berufene Persönlichkeit zuteil geworden. Dazu kommt, wie v. Romberg gleichfalls mitteilt, daß der Oberarzt der Medizinischen Klinik und Nervenklinik in Tübingen, Prof. Dr. Schlayer die Verfasserin bei der Ausarbeitung des Buches mit seinem ständigen Rat unterstützt hat.

Das Werk, das unter solchen Auspizien das Licht der Welt erblickt hat, ist in der Tat ein ganz vorzügliches Hilfsmittel bei der Beschäftigung der Kranken und sollte in keiner Krankenanstalt fehlen, welche Art Kranken sie auch beherbergen mag; ganz besonders aber werden sich auch Anstalten für Geistes- und Nervenkranke des Buches als Führer durch das Gebiet der Handfertigkeiten mit größtem Nutzen bedienen. Es enthält, was sehr vorteilhaft ist, neben der genauen Anleitung zu den einzelnen Arbeiten auch die Bezugsquellen und die Preise der Rohmaterialien und der Werkzeuge sowie an vielen

Stellen auch die Literatur über schwierigere Arbeiten. Die gesundheitliche Wirkung wird am Schluß der Beschreibung einer jeden Arbeitsart kurz präzisiert, z. B.: „Körperlich anstrengend, geistig ermüdend, geistig stark ablenkend." — Das Buch besteht aus vier Teilen: I. Fröbelarbeiten, II. Liebhaberkünste, III. Weibliche Handarbeiten, IV. Verschiedene Arbeiten. Unter den Liebhaberkünsten werden auch zahlreiche für Herren geeignete Arbeiten beschrieben, z. B. Holzarbeiten, Malerei, Eisenfiligranarbeit, Lederarbeiten, Intarsiaarbeiten, Flechtarbeiten, Modellieren etc. — alles in den bestehenden Varietäten und in interessanter Mannigfaltigkeit. — Eine Anstalt, welche dieses Buch zu Rate zieht, wird nie in die Lage kommen, zu klagen, daß sie um passende Beschäftigung für die Pflegebefohlenen und Patienten in Verlegenheit ist. Aber auch für Gesunde ist es ein äußerst nützliches Buch.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Das zur Wrightschen Vakzine-Behandlung der Ruhr erforderliche Bakterienpräparat bezw. die Vakzine wird in der Serumabteilung von E. Merck in Darmstadt lege artis hergestellt und stets vorrätig gehalten. (Auch andere Vakzinen: Typhus-, Coli-Vakzine, Staphylokokken-, Streptokokken-, Pneumokokken-, Gonokokken-Vakzine, Tuberkelbazillenemulsion etc. Für Coli-Erkrankungen, bei welchen Verwendung von Autovakzinen empfohlen worden ist, werden nach Einsendung einer Reinkultur oder eines geeigneten Ausgangsmaterials auf Wunsch Coli-Autovakzinen hergestellt.) Nach authentischer Mitteilung geschieht dies derart, daß die Ruhr-Bakterien, und zwar immer zahlreiche Stämme verschiedener Herkunft gemischt, in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt und mit 0,5% Phenol versetzt werden; wenn nötig wird so lange auf 60 bis 70° C erwärmt, bis alle Bakterien sicher abgetötet sind. Die Menge der Bakterien wird so bemessen, daß ein Kubikzentimeter Vakzine 400 Millionen Keime enthält; diese Suspension wird als Nr. 1 bezeichnet; eine als Nr. 2 abgegebene Vakzine enthält 40 Millionen Keime. Die Vakzinen werden in Gläsern zu 5 ccm abgefüllt und sind monatelang haltbar. — Durch die Einführung steigender Mengen solcher Keime (die aktive Immunisierung des schon infizierten Organismus mit abgetöteten Bakterien) werden schneller Schutzstoffe erzeugt, als dies im Krankheitsherde selbst geschieht. Es wird empfohlen, mit Injektion von 0,1 ccm der Nr. 2 (= 4 Millionen) zu beginnen und bei jeder folgenden Einspritzung die Dose zu verdoppeln, bis man zu 1 ccm der Nr. 1 angelangt ist; diese Dosis kann bei chronischen Fällen noch längere Zeit fortgesetzt werden. Sollte irgendeine Reaktion eintreten, so wird die letzte Dosis ohne Steigerung wiederholt, Die Pausen zwischen den Einspritzungen kann man anfangs bei den kleinen Dosen und solange keine Reaktionen auftreten, klein nehmen — zwei bis vier Tage; treten irgendwelche Reaktionen ein, so wird die Pause bis zum Verschwinden der örtlichen Schmerzhaftigkeit und mindestens auf acht bis zehn Tage verlängert. Ist man auf der Dosis von 1 ccm Nr. 1 angelangt, so spritzt man nur alle 8 bis 14 Tage weiter und setzt diese Behandlung, wenn nötig, monatelang fort. Die Injektionen müssen peinlichst antiseptisch gemacht werden. Ort derselben: Oberarm, oder Oberschenkel, oder Bauchdecken oder Lumbalgegend — nach beliebiger Auswahl.

Nachtrag.

Neuerdings wird als Antidiarrhoikum bei den verschiedensten Darmkatarrhen das Tannyl „Gehe" empfohlen, dreimal täglich 1 bis 3 g in Pulvern oder Tabletten in Kakao oder schleimigen Suppen. (Ury, Med. Klinik, 1909: Umber, Therapie der Gegenwart, 1908.) Es ist nach besonderem Verfahren auf Empfehlung von Prof. Salkowski-Berlin hergestellt; es besteht aus Tannin und dem antiseptisch wirkenden Oxychlorkasein und wird erst im Darm und allmählich gespalten, so daß seine Wirkung noch in den untersten Partien zur Geltung kommt.

Anhang. Amöbendysenterie.

Von den im menschlichen Darminhalt gefundenen Amöben kommen zwei Arten in Betracht*): die Entamoeba coli (Loesch emend. Schaudinn) und die Dysenterieamöben.

Die Entamöba coli ist ein harmloser Darmschmarotzer gesunder Menschen, in schleimigem Fäzesmaterial nachweisbar, im Durchmesser von 5 bis 50 μ — in der vegetativen Form — schwankend. Auf heizbarem Objekttisch können die Bewegungen der Amöben aus frisch entleerten Fäzes beobachtet werden. Das Endoplasma enthält Granula, welche eine deutliche Strömung zeigen, ferner Vakuolen mit verschiedenartigem Inhalt wie Bakterien, Zellen usw. (Nahrungsbestandteile). Die Differenz zwischen Ekto- und Endoplasma wird erst bei Bewegungen der Amöbe deutlich. Kern im gefärbten Präparat stets nachweisbar. Vermehrung durch Zweiteilung (amitotische Kernteilung); daneben multiple Teilung mit charakteristischer 8-Zahl der Teilungsprodukte. Zystische Dauerformen mit eingeschlossenen 8 Tochteramöben.

Casagrandi und Barbagallo (zit. nach H. Werner, Artikel: Entamöba coli, in Handbuch der pathogenen Protozoen. Herausgegeben von S. v. Prowazek. Leipzig, J. A. Barth, 1. Lieferung, S. 74) bezeichnen die Entamöba coli sogar als einen nützlichen Kommensalen des menschlichen Darmes, indem sie ihr eine die Überhandnahme schädlicher Darmbakterien hindernde Tätigkeit vindizieren. Auch Werner hält sie nicht für pathogen nach dem bisherigen Stande unseres Wissens.

*) Nach Citron, Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Leipzig, 1912, Verlag Dr. W. Klinkhardt.

Die Dysenterieamöben, die Erreger der ulzerösen, tropischen Amöbendysenterie (Amöbenenteritis), sind zweierlei Art: a) die Entamöba tetragena (Viereck emend. Hartmann), b) die Entamöba histolytika (Schaudinn emend. Hartmann). Erstere, die weitaus häufigere Ursache, von wechselnder Größe, zeigt auch in der Ruhe eine deutliche Differenzierung von Ekto- und Endoplasma. Der Kern, ein kugliges, durch eine doppelt konturierte Membran gegen das Plasma abgegrenztes Bläschen, durch Essigsäurezusatz deutlicher werdend, ist schwer von Fremdkörpern im Plasma (Nahrungsstoffen, besonders roten Blutkörperchen) zu unterscheiden. Das Ektoplasma ist homogen, zähflüssig, glasig. Pseudopodien von glasigem, absolut strukturlosem Aussehen bei der Gestaltveränderung. Vermehrung der vegetativen Form durch Zweiteilung; häufig trifft man große Amöben mit zwei Kernen. Große Neigung zu Chromodienbildung mit mannigfachen Degenerationsformen; zystische Dauerformen, kleiner als bei Entamöba coli, mit doppelt konturierter, bräunlich gelber Membran; vierkernige Zysten. — Die Entamöba histolytika unterscheidet sich von der tetragena hauptsächlich durch den Mangel der doppeltkonturierten Membran des Kerns bei der vegetativen Form und seine stark exzentrische Lage.

Nach Hartmann*) wird bei der sogen. Tropenruhr fast immer die Entamöba tetragena gefunden. In den Ländern des gemäßigten Klimas kommt die Tropenruhr nur sporadisch vor, und zwar meist infolge Kontaktinfektion durch aus den Tropen eingeschleppte Fälle; z. B. in einem Falle bei einem Schneider, der Hosen von aus Südwestafrika zurückgekehrten Soldaten ausgebessert hatte. Züchtung der Amöben ist bisher nicht einwandfrei gelungen. Dagegen gelingt die Übertragung auf Katzen durch Injektion von amöbenhaltigen Schleimflocken eines frisch entleerten dysenterischen Stuhles in das Rektum des Tieres; es entstehen die charakteristischen Geschwüre. Vermöge ihres zähen Ektoplasmas bohren sich die Amöben in die intakte Schleimhaut des Darmes ein und „dringen straßen- oder keilförmig sowohl innerhalb der Drüsenlumina als auch zwischen denselben in die Tiefe bis zur Submukosa, wo sie dann ganze Nester bilden." Die von ihnen ergriffenen Darmfollikel werden in kleine Abszesse verwandelt; dieselben brechen nachträglich durch die Mukosa in den Darm auf. Daher ist die Erkrankung der Schleimhaut keine flächenhafte, wie bei der Bazillenruhr, sondern sie bildet stecknadelkopf- bis talergroße, selbst bis in die Serosa, jedenfalls bis in die Submukosa und Muskularis reichende Geschwüre. Die Mukosa ist oft ganz unterminiert. Als Komplikation sind häufig Leber- und Gehirnabszesse, in denen sich ebenfalls Amöben finden.

Eine enterogene Eosinophilie in den Darmentleerungen bei Amöbendysenterie beschrieben neuerdings A. Albu und A. Werzberg in der Zeitschrif f. klin. Medizin, Bd. 74, Heft 5/6.

Feldmann*) sah bei Amöbendysenterie gute Resultate mit emetinfreiem Ipekakuanha; er gab bei kräftigen Männern an drei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Dosis à 3,0 g (Tabletten pulverisiert) nach voraufgegangener, das Erbrechen verhindernder Morphiuminjektion.

Waldow und Gühne**) (Duala, Kamerun) hatten mit der von der neuen Uzaragesellschaft (Melsungen) hergestellten Droge außerordentlich günstige Beeinflussung der Amöbendysenterie, sahen sogar baldiges Verschwinden der Amöben, Werner-Hamburg***) konnte an drei im Hamburger Tropenkrankenhaus behandelten allerdings chronischen Fällen keine so günstigen Erfolge konstatieren; die Simarubaeinwirkung auf die Amöben soll erheblicher sein.

Kartulis-Alexandrien empfahl aufs wärmste wässerige, lauwarme Tanninklystiere, 0,5%, 2 bis 2½ Liter, bis 10 Minuten im Darm zu behalten, falls nicht Schmerzen oder Beschwerden auftreten, zwei- bis dreimal täglich.

Typhus.

Citron†), der zur Typhus-Coligruppe rechnet: a) die Typhusbazillen und Paratyphus-A-Bazillen, b) die Bakterien der Hogcholeragruppe, c) die Dysenteriebazillen, d) die Colibazillen, — sagt davon: Alle diese Bazillen sind 2 bis 5 μ lang, bilden keine Sporen, lassen sich mit allen Anilinfarben leicht färben, sind gramnegativ, auf den gewöhnlichen Nährböden leicht züchtbar, entwickeln sich auf diesen in kürzester Zeit üppig, sind für gewöhnlich aërob, besitzen aber die Fähigkeit, sich bei Fehlen von Sauerstoff lebend zu erhalten (fakultative Anaërobie). — Die Typhusbazillen sind 1 bis 2 μ lang, plump, mit leicht abgerundeten Ecken, können auf künstlichen Nährböden zu langen Fäden auswachsen, sind lebhaft beweglich, besonders in jungen Bouillonkulturen, besitzen 10 bis 12 peritrich angeordnete, wellige



Typhusbazillus mit Geisseln. Färbung nach Zettnow. 1000fache Vergrößerung. Aus: J. Citron, Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Leipzig 1912. Verlag von Dr. W. Klinkhardt.

Geißeln, bilden keine echten Toxine; sie finden sich in Blut, Urin und Fäzes Typhuskranker, bei Typhuspneumonie auch im Sputum, bei Typhusmeningitis auch in der Lumbalflüssigkeit der Typhuskranken; in Milz, Leber, Drüsen und Peyerschen Plaques von Typhusleichen. Da sie in Blut und Exkreten nur ausnahmsweise in größeren Mengen vorkommen, er-

*) Artikel: Die Dysenterie-Amöben — im Handbuch der pathogenen Protozoen. Herausgeben von S. v. Prowazek. Leipzig, J. A. Barth. Erste Lieferung. S. 62.

*) Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1912, Nr. 6.

**) Ebenda.

***) Ebenda.

†) Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Von Dr. J. Citron. Leipzig, 1912, Klinkhardt. 172 Seiten mit 65 Abb. im Text und 7 farbigen Tafeln.

folgt die bakteriologische Diagnostik beim Lebenden durch das Kulturverfahren und die Immunitätsreaktionen. Citron empfiehlt zur Blutkultur, die in der ersten Woche und im Beginn der zweiten Woche der Typhuserkrankung in Betracht kommt, die Conradi-Kaysersche Gallenmethode. „2 ccm steril entnommenes Blut werden zu 5 ccm sterilisierter Rindergalle*) gegeben und kommen zur Anreicherung auf 12 bis 24 Stunden in den Brutschrank. Hierauf Isolierung und Reinzüchtung mit Hilfe der Drigalski-Conradi- oder der Endo-Platte und Identifizierung durch die Agglutination resp. Bakteriolyse oder (weniger zuverlässig) durch eine Kombination der verschiedenen Spezialnährböden."

E. Merck in Darmstadt stellt auf Grund von Angaben von H. Kayser und Conradi die „Typhusgallenröhre" her. Es handelt sich dabei, wie ich einer Arbeit: „Zur Technik der Blutanreicherung vermittels der ‚Typhusgallenröhre'" (aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Straßburg i. E.) von Dr. Kayser (Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 22) entnehme, „nicht um ein einfaches Reagenzglas mit Galle, sondern um die Bereitstellung einer bestimmten Abmessung steriler Rindergalle in einer besonders hergestellten und erprobten starkwandigen sterilen Glasröhre unter dichtem Verschluß durch einen sterilisierten Gummistopfen nebst Pergamentschutz, also um gebrauchsfertige Blutanreicherungsflüssigkeit in einer Form, wie sie den Anforderungen der Reichspostverwaltung und der ärztlichen Praxis entspricht." Diese Röhrchen passen in billige vorschriftsmäßige Versandhülsen aus Blech und Holz, welche dazu hergestellt und welche nebst den Röhrchen als Doppel*brief* an eine bakteriologische Untersuchungsstelle zwecks weiterer Untersuchung verschickt werden. — Kayser gibt an, daß in der ersten Woche bei Verwendung von ca. 2,5 ccm Blut und dem „Typhusgallenröhrchen" 65 von seinen 69 Typhen sowie Paratyphen = 94% positiv waren. — (Über Anreicherung von Typhusbazillen beim Nachweis von Typhus aus Wasser siehe: Lemke, Deutsch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 37.)

Da sich von der Mitte der 2. Woche ab meist keine Bazillen mehr im Blut finden, dagegen sie sich jetzt aus den Fäzes und oft auch aus dem Urin züchten lassen, impft man nun Fäzesmaterial und Urinsediment auf Drigalski-Conradi- oder Endo-Platten; die typhusverdächtigen Kolonien werden durch Agglutination mit hochwertigem Typhusserum identifiziert. „Der Typhusbazillus bildet auf Lakmusnutroseagar blaue, durchsichtige, auf Endoagar farblose, auf Nutrose-Grünagar zarte, durchscheinende Kolonien. Grünlösung I wird zur Koagulation ohne Gärung gebracht, Grünlösung II bleibt unverändert. Lakmuswolke wird ganz leicht gerötet und bleibt fast völlig klar, Neutralagar bleibt unverändert, aus Traubenzucker wird kein Gas gebildet, doch wird er unter Säurebildung zersetzt."

*) Vorrätig bei F. & M. Lautenschläger, Berlin N.

(Fortsetzung folgt.)

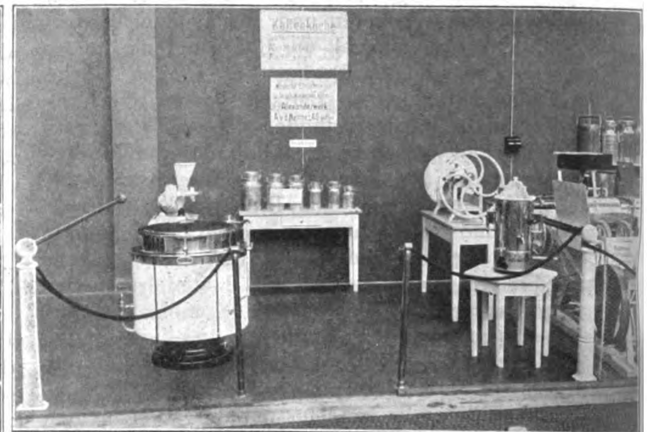
Anstaltstechnisches.

— Die Alexanderwerk-Küchenmaschinen auf der Städte-Ausstellung in Düsseldorf. Wer die weiten Hallen der Städte-Ausstellung durchwandert, ist überrascht von der Mannigfaltigkeit der Dinge, die in Beziehung zum „Städtewesen" gebracht werden konnten. Hier ist nun nicht der Ort, in umfassender Weise die Eindrücke der gesamten Ausstellung zu schildern, die Überschrift sagt schon, daß engere Grenzen gezogen werden sollen. Wer den Namen „Alexanderwerk" hört, denkt unwillkürlich an die in jedem Haushalt verwendeten Maschinen, Hackmaschine, Küchenwage, Brotschneidemaschine u. dgl. Unseren Lesern ist die Firma Alexanderwerk A. von der Nahmer Akt.-Ges., Remscheid-Berlin S. 14, aber seit Jahren auch dafür bekannt, den größeren und auch den ganz großen Küchenbetrieben erstklassige und unersetzliche Hilfsmaschinen zur Verfügung gestellt zu haben. Und unter diesem Gesichtspunkt geben wir eine kurze Schilderung der Gegenstände, die das Alexanderwerk den Besuchern der Städte-Ausstellung darbietet. Aus den gut getroffenen Bildern ist ersichtlich, wie außerordentlich vielseitig die in einem modernen Betrieb — sei es nun Krankenhaus, Anstalt oder auch Hotel — notwendigen Maschinen, Gerätschaften usw. sind und wie es der Technik gelungen ist, sich allen Bedürfnissen mit glänzendem Erfolg anzupassen. Wir können in dem uns zur Verfügung stehenden Raum unmöglich auf alle Gegenstände eingehen und wollen deshalb bei den einzelnen Gruppen nur kurz verweilend das erwähnen, was aus den Werkstätten der oben angegebenen Firma stammt.

Auf unserer Wanderung begegnen wir in der Gruppe I (Kaffeeküche) zunächst einer Kaffeemühle, die mit einem Elektromotor zu einem Ganzen vereinigt ist und infolge ihrer einfachen Bauart auch von ungeübter Hand ohne weiteres bedient werden kann. Der hohe Trichter hat großes Fassungsvermögen, ein Schieber reguliert die Zufuhr des Kaffees und eine praktische Stellvorrichtung ermöglicht die Einstellung auf jede gewünschte Feinheit. Die ganze Maschine ist unabhängig von einer Transmission und kann überall aufgestellt und in Betrieb genommen werden. Lediglich die Stromzufuhr ist durch einen Kontakt herzustellen. Die Brotschneidemaschine mit selbsttätigem Vorschub und Lagerung des geschnittenen Brotes auf einem Ablegeblech sei nur erwähnt.

In der folgenden Gruppe (Kalte Küche) steht eine Fleischschneidemaschine, die wie die oben geschilderte Kaffeemühle mit direkt angebautem Elektromotor versehen ist, daneben steht eine Aufschnittschneidemaschine und dann wieder eine Brotschneidemaschine, die für Kraftbetrieb eingerichtet ist. Majonnaise-Rührmaschinen und Fruchtpressen vervollständigen das Bild. Nun kommen wir zu der Gesamtansicht einer Alexanderwerk-Fleischereimaschinenanlage (Gruppe III), aber wir müssen uns darauf beschränken, nur die Namen der einzelnen Maschinen aufzuführen. Wir sehen da Fleischschneidemaschinen, Kutter, Wurstfüllmaschinen in den verschiedensten Größen, Fettpresse, Knochensäge, Gewürzmühle,





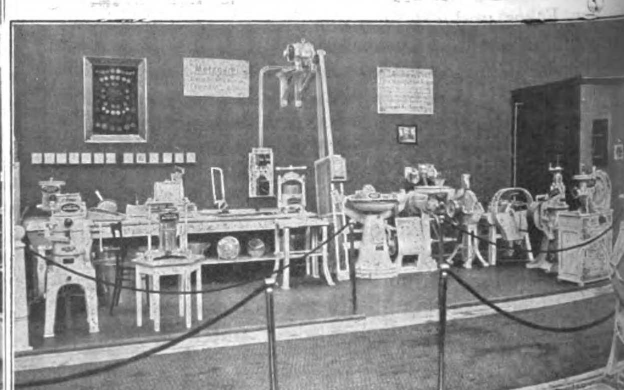
Gruppe I Kaffeeküche.





Gruppe II Kalte Küche.

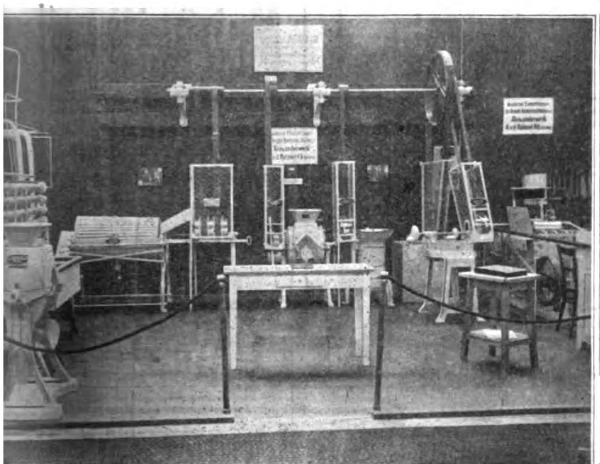




Gruppe III Metzgerei.

Schleifstein, Speckschneider und Knochenmühle verbunden mit einer Schrotmühle.

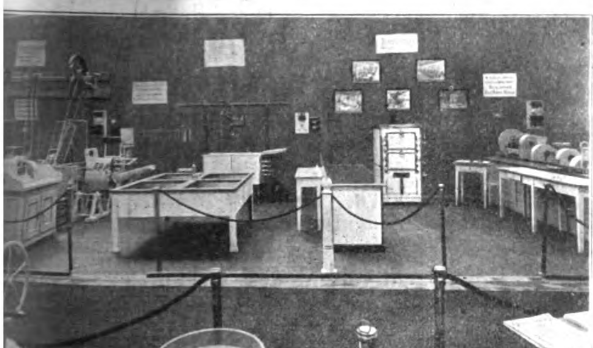
Dann folgt der Gemüseputzraum (Gruppe IV). Der bewährten „Oceana“-Kartoffel-Schälmaschine haben wir schon früher eingehende Betrachtungen gewidmet, so daß wir uns hier kurz fassen können. Wir sehen diese Maschine in der von gemeinsamer Transmission betriebenen Gruppe (Kartoffelwaschmaschine „Oceana“, Reibe- und Schneidemaschine und Kohlschneidemaschinen), aber auch allein mit Elektromotor auf gemeinsamer Grundplatte. Gerade die im Gemüseputzraum vereinigten Maschinen



Gruppe IV Gemüseputzraum.



Gruppe VI Hauptküche.



Gruppe V Spülküche.



Gruppe VII Diätküche.

sind, wie jeder Kenner der Verhältnisse bestätigen wird, berufen, überaus langwierige, zeitraubende Arbeiten sicher und schnell zu erledigen und Ersparnisse an dem oft so schwer zu erhaltenden Personal zu ermöglichen.

In der Spülküche (Gruppe V) steht auf einem Schranktisch die Messerputzmaschine, die durch einen im Schrank eingebauten Motor angetrieben wird. Auch hier sehen wir wieder die erwünschte Unabhängigkeit von der Transmission usw., überall kann die Maschine in Betrieb gesetzt werden. Wenden wir uns der nächsten Gruppe, der Hauptküche, zu.

Hier gewahren wir links einen hocheleganten Schranktisch, auf welchem der Reihe nach folgende Maschinen stehen:

Passiermaschine, Kartoffelquetschmaschine (zur Herstellung von Puree), Reibe- und Schneidemaschine, Fleischschneidemaschine, Kaffeemühle und Brotschneidemaschine. Diese Maschinengruppe erhält ihren Antrieb durch den im Schranktisch eingebauten Elektromotor. Jede Maschine kann einzeln arbeiten, der Stromverbrauch wird dadurch auf das geringste Maß herabgesetzt, sämtliche Riemscheiben sind völlig eingekleidet und die Maschinen sind unfallsicher gebaut, so daß auch ungeübte Kräfte unbedenklich zur Bedienung der Maschinen verwendet werden können. Vor dem Schranktisch steht noch eine Passiermaschine mit direkt angebautem Elektromotor. Zum Schluß heben wir aus der Gruppe VII (Diätküche) die besonders in Ärztekreisen geschätzte und oft empfohlene Dr. Kleins Fleischsaftpresse hervor. Diese Presse dient dazu, den häufig in Anwendung kommenden Saft aus rohem Fleisch auszupressen. Von Wichtigkeit ist ferner der ausgestellte Reibstein, der in keiner derartigen Küche fehlen darf, um die Nahrungsmittel aufs sorgfältigste in die Pureeform" für den Ver-

dauungskranken zuzubereiten. Daneben steht eine zum Zerkleinern von Fleisch dienende Fleischschneidemaschine. Nur skizzenhaft konnten wir die reichhaltige Ausstellung der „Alexanderwerk"-Maschinen streifen, und nur noch dem einen Gedanken wollen wir Raum geben, wie auch in dem Küchenbetrieb sich unaufhaltsam der Zug der Zeit Geltung schafft — Maschinenarbeit ersetzt Menschenhand.

Wer Erfahrung in der immer schwieriger werdenden Frage der Beschaffung tüchtigen und zuverlässigen Personals hat, der erkennt dankbar die Verdienste des Alexanderwerks an, bahnbrechend an der Lösung dieses Problems mitgewirkt zu haben.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 21. 24. August **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Denkschrift zur Feier der Eröffnung der achten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve).

(Fortsetzung.)

Bei der Gestaltung des Bauprogramms einer Irrenanstalt wird mit Recht in erster Linie betont, daß es sich um ein Krankenhaus handelt, da die Geisteskrankheit grundsätzlich nicht anders zu beurteilen ist als körperliche Krankheiten. Aber neben diesem Gesichtspunkte muß doch auch im Auge behalten werden, daß in einem Punkte die Irrenanstalt sich wesentlich von anderen Krankenhäusern unterscheidet und daher auch andere Anforderungen an die bauliche Ausgestaltung stellt. Dieser Punkt liegt darin, daß die anderen Krankenhäuser regelmäßig nur zu vorübergehendem Aufenthalt der Kranken dienen, während die Irrenanstalt bei dem weitaus größten Teil ihrer Insassen einen Aufenthaltsort für viele Jahre, meistens für ihr ganzes Leben darstellt. Infolgedessen verlangt die Humanität, die Irrenanstalt so auszugestalten, daß sie den Insassen wenigstens in etwa die Behaglichkeit des häuslichen Lebens bietet, soweit dies ihr Gesundheitszustand gestattet. Dies muß in der inneren Ausgestaltung der Räume zur Geltung kommen, dann aber auch in der Schaffung der Möglichkeit für die Kranken, sich zu beschäftigen, sich draußen zu bewegen, sich zu erfreuen, zu gemeinschaftlichen Vergnügungen, und zum Gottesdienste sich zu vereinigen. Durch diese Erwägung wurde es auch mitbedingt, daß für die Krankengebäude das System der Pavillonbauten gewählt wurde. Die notwendige Trennung der verschiedenen Krankenkategorien, der Ruhigen, der Unruhigen, der Siechen, der Verbrecher, der Beobachtungsbedürftigen, der an körperlichen oder ansteckenden Krankheiten Leidenden, wird nur bei diesem System ermöglicht. Ebenso können nur hierbei die notwendigen hygienischen Anforderungen an Licht, Luft und Reinlichkeit erfüllt werden. Auch vermag eine geschickte Gruppierung der Pavillons in Verbindung mit der Ausnutzung des dazwischen liegenden Waldes den unangenehmen Eindruck, der für Kranke und Besucher leicht beim Anblick einer so großen Anhäufung von Krankheit und Leiden entsteht, zu vermeiden, indem man in den Krankengebäuden und deren Umgebung nirgends ein Bild von dem wirklichen Umfange der Anstalt erhält.

Allerdings wurde in der Größe der Pavillons bedeutend über das bisher Übliche hinausgegangen, indem im einzelnen Pavillon bis zu 88 Kranke untergebracht werden können, während man bisher im allgemeinen an dem Satz von 40 oder höchstens 50 festgehalten hatte. Maßgebend war hierfür einmal der Umstand, daß infolge der hohen Gesamtzahl der Kranken bei kleineren Bauten der Umfang der Anstalt ein ganz unübersehbarer geworden wäre. Sodann kamen auch finanzielle Gesichtspunkte in Frage. Wenn es auch kaum richtig ist, daß bei Krankenhäusern die Korridorbauten in jedem Umfange grundsätzlich billiger sind als die Pavillonbauten, so ist doch nicht zu bestreiten, daß bei zu kleinen Häusern die Kosten des Baues und Betriebes verhältnismäßig höher werden, bei zu großen Häusern wird dagegen die Notwendigkeit der Anlage langer Korridore die Baukosten verhältnismäßig in die Höhe treiben. Der Mittelweg zwischen den beiden Extremen ist hier eingeschlagen worden. Dabei sind die Kranken in den größeren Häusern in einzelne völlig getrennte Abteilungen geschieden, so daß auch dadurch etwaige Nachteile zu großer Pavillons vermieden werden. Für einzelne besondere Zwecke, wie Aufnahmehaus, Lazarett und



Abb 5. Aufnahmehaus.

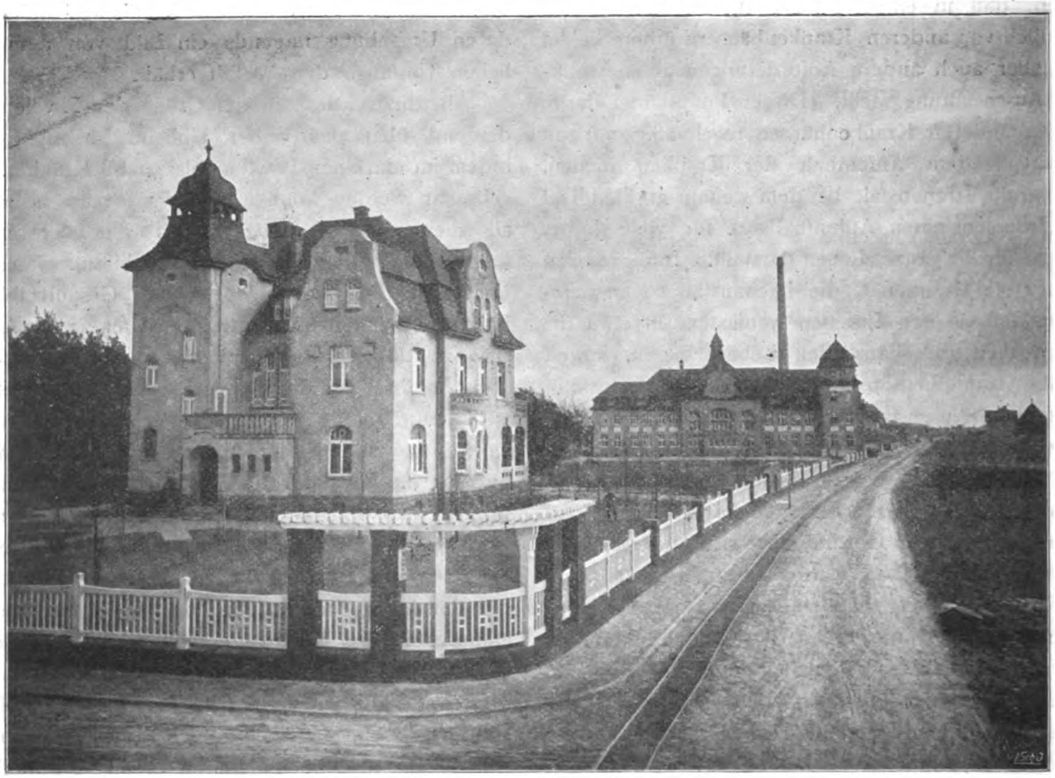


Abb. 6. Direktorwohnhaus. Kochküche.

für besonders unruhige Kranke, sind die kleineren Bautypen beibehalten worden.

Es ist selbstverständlich, daß im übrigen die Forderungen der modernen Psychiatrie auch in baulicher Hinsicht in jeder Weise durchgeführt sind, daher fehlen alle gefängnisartigen Sicherungsvorrichtungen. Keine hohen Umfassungsmauern und keine Fenstergitter sind vorhanden, die Krankenräume sind möglichst übersichtlich im Interesse einer leichteren Beaufsichtigung angeordnet, abgesonderte Isolierzellen sind bis auf acht auf jeder Geschlechtsseite vermieden. Einzelzimmer sind so angeordnet, daß sie stets beaufsichtigt werden können. Auf Bettbehandlung und Dauerbäder ist in weitgehendem Maße Rücksicht genommen. Bei einzelnen Häusern sind besondere Badegelegenheiten im Freien geschaffen, um die Dauerbäder im Sommer statt im geschlossenen Raume in der frischen Luft verabreichen zu können. Von dem sonst durchgeführten Grundsatz der offenen Tür ist allerdings bei einem Gebäude völlig abgewichen, nämlich bei dem Bewahrungshaus für irre Verbrecher. Hier muß das Interesse der Kranken an möglichst freier Behandlung völlig zurücktreten vor dem Interesse der Allgemeinheit an unbedingter Festhaltung der vielfach außerordentlich gefährlichen Individuen, die hier eingeschlossen sind. Daher sehen wir hohe Mauern, strengsten Abschluß und weitgehende Vergitterung aller Fenster und Türen sowie eine Bauart, bei der alles äußerlich Schöne und Behagliche erst in zweiter Linie kommt und zurücktreten muß vor dem Gesichtspunkte möglichster Festigkeit, Sicherheit und Überwachungsmöglichkeit. Das Gebäude ist daher auch, um den Gesamtcharakter der Anstalt nicht zu stören, etwas abseits gelegt, wo es durch einen Waldkomplex verdeckt wird.

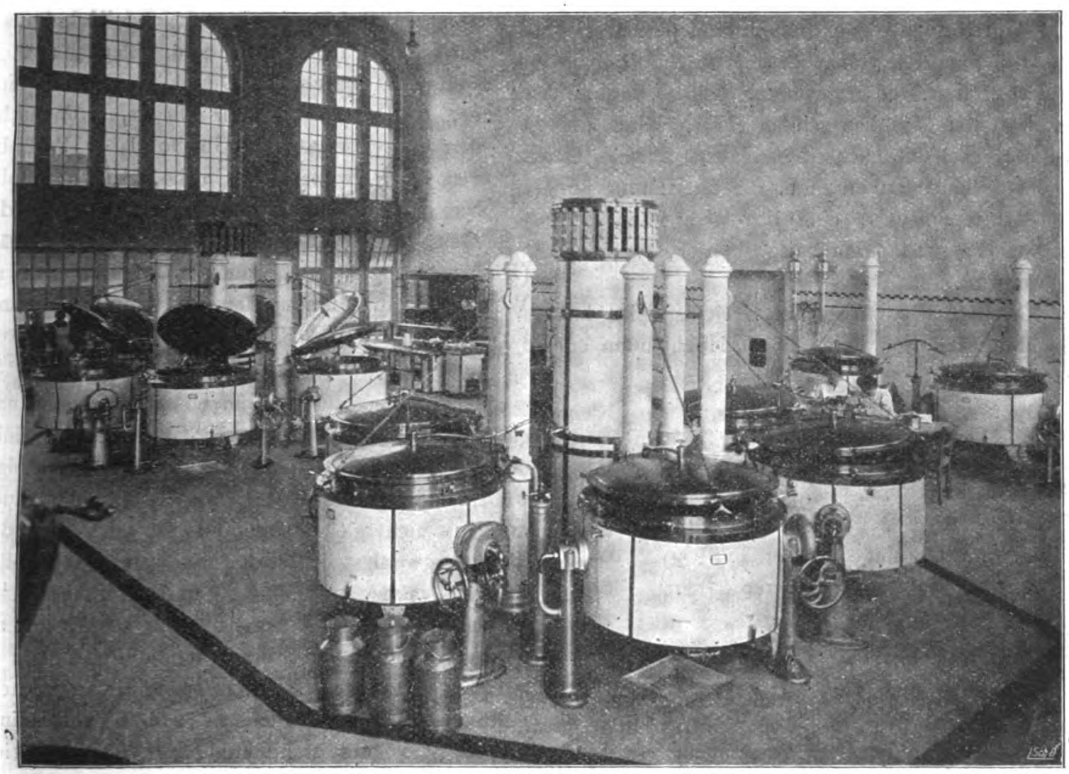


Abb. 7. Kochküche.

In der Anstaltskirche, die beiden Konfessionen dient, können 720 Kranke am Gottesdienste teilnehmen.

Eine große Freude für die Kranken bilden die Anstaltsfeste, die — abgesehen von besonderen Gelegenheiten, wie Weihnachten, Kaisers-Geburtstag — etwa alle sechs Wochen im Gesellschaftshause abgehalten werden. Sie bestehen aus Gesang- und Musikvorträgen der Anstaltskapelle, Aufführung kleiner Theaterstücke und Tanzvergnügen der Kranken. Der große Saal des Gesellschaftshauses bietet Raum für 600 Kranke. Außerdem sind zwei große, bedeckte Veranden sowie Bühne und Nebenräume vorhanden. Ferner sind im Gesellschaftshause zwei Kegelbahnen zur Benutzung für Beamte, Pfleger und Kranke sowie das Pflegerkasino untergebracht.

Eine besondere Bedeutung bei Aufstellung des Bauprogramms erforderte die Fürsorge für die zahlreichen Beamten und Angestellten der Anstalt. Schon die Unmöglichkeit, andere Wohnungen in der Nähe der Anstalt zu finden, nötigte dazu, für den größten Teil derjenigen Beamten und Angestellten, die voraussichtlich verheiratet sein werden, Familienwohnungen (im ganzen 64) zu schaffen. Bei deren Ausstattung war darauf Rücksicht zu nehmen, daß das Personal der Anstalt infolge der Lage derselben auf manche Annehmlichkeiten verzichten muß, für die ihm in einer behaglichen Wohnung mit Garten Ersatz geboten wurde. Bei der Unterbringung des unverheirateten Pflegepersonals in den Krankengebäuden ist durchgängig der Grundsatz durchgeführt worden, daß das Personal getrennt von den Kranken schläft, ein Umstand, der neben der Möglichkeit, nach einigen Jahren zu heiraten und Dienstwohnung zu erhalten, die Gewinnung geeigneten Pflegepersonals, eine der wichtigsten und schwierigsten Fragen für den Anstaltsbetrieb, zweifellos erleichtern wird.

Auf Grund der vorstehenden Gesichtspunkte hat sich folgendes Bauprogramm für die Hochbauten ergeben:

A. Krankengebäude.

Männerseite:	Anzahl der Betten:
1 Aufnahmehaus	33
1 Lazarett	34
2 Häuser für Unruhige (großer Typ)	106
2 „ „ „ (mittlerer „)	88
1 Haus „ „ (kleiner „)	25
4 Häuser „ Halbruhige	276
3 „ „ Sieche	252
4 „ „ Ruhige (großer Typ)	352
1 Haus „ „ (kleiner „)	43
1 Bewahrungshaus	58
Frauenseite:	
1 Aufnahmehaus	33
1 Lazarett	34
1 Haus für Unruhige (großer Typ)	53
3 Häuser „ „ (mittlerer „)	132
1 Haus „ „ (kleiner „)	25
2 Häuser „ Halbruhige	138
2 „ „ Sieche	168
3 „ „ Ruhige (großer Typ)	264
2 „ „ „ (kleiner „)	86
36	2200

B. Wirtschafts- und Verwaltungsgebäude.

1 Kochküche, 1 Waschküche, 1 Bäckerei, 1 Kessel- und Maschinenhaus, 1 Werkstattgebäude, 1 Lokomotiv- und Feuerlöschschuppen, 3 Gutshöfe, 1 Schlachthof, 1 Gewächshaus, 1 Pumpenhaus, 1 Verwaltungsgebäude, 1 Kirche, 1 Gesellschaftshaus, 1 Leichenhaus, zusammen 16 Gebäude.

C. Wohngebäude.

1 Wohnhaus für den Direktor, 2 Doppelhäuser für Oberärzte, 2 Doppelhäuser für Anstaltsärzte, 1 Wohnhaus für einen Oberarzt, 1 Wohnhaus für den Verwaltungsinspektor und den Rendanten, 1 Wohnhaus für den Maschinenmeister und den Verwaltungsassistenten, 1 Wohnhaus für den Anstaltspfarrer, 1 Wohnhaus für den Betriebsingenieur, 1 Wohnhaus für den Oberpfleger und einen Stationspfleger, 1 Wohnhaus für den Gärtner, 1 Doppelhaus für Stationspfleger, 16 Doppelhäuser für Pfleger, 1 Wohnhaus für den Gutsverwalter auf Gutshof I, 1 Wohnhaus für den Gutsverwalter auf Gutshof II, 1 Wohnhaus für zwei Knechte auf Gutshof III; außerdem sind bei dem Geländeerwerb noch sechs vorhandene Gebäude (Kleinwohnungen) mitgekauft, in denen sich zwei Wohnungen für Stationspfleger und fünf Wohnungen für Handwerker und Knechte einrichten ließen: Zusammen 38 Wohngebäude mit 64 Wohnungen.

Bei der Bauausführung im einzelnen wurde danach gestrebt, die Grundsätze der Einfachheit, der Solidität und der Billigkeit möglichst miteinander zu vereinigen, wobei allerdings hervorzuheben ist, daß „billig bauen“ durchaus nicht gleichbedeutend mit der Verwendung der geringwertigsten Baustoffe ist, und daß „billig“ sich keineswegs mit „häßlich und unansehnlich“ zu decken braucht, daß vielmehr durch geschickte Lageplangestaltung, gute Gruppierung der Gebäude und zweckmäßige Grundrißgestaltung sowie ansprechende Behandlung der Fassaden sich auch mit geringen Mitteln eine gute architektonische Wirkung erzielen läßt.

Wie bereits erwähnt, war das eigentliche Baugelände mit Wald bestanden, auf etwa zwei Drittel der Fläche mit Kiefern verschiedenen Alters, im übrigen mit Eichen-, Buchen- und Birken-Niederwald. Der Erhaltung und weiteren Pflege des Waldes durch vorsichtige Durchlichtung, Kahlhiebe an geeigneten Stellen und Nachpflanzungen von Laubholz zwischen dem Nadelholz wird die größte Sorgfalt zugewandt, und zwar nicht nur, um die landschaftliche Lage der Anstalt dadurch zu verschönern und die gesundheitlichen Verhältnisse zu verbessern, sondern auch namentlich, um den großen Nachteil des Massenbetriebes, den unangenehmen Eindruck der großen Menschenansammlung und des gehäuften Elendes dadurch aufzuheben. Dieser Sonderzweck wird auch,

wie sich das schon jetzt zeigt, in der Tat auf das vollkommenste erreicht, da innerhalb des Waldbestandes die große Anzahl der Gebäude und der darin untergebrachten Menschen nirgendwo sich in ihrer Gesamtheit geltend macht, dieselbe sich vielmehr zwischen den einzelnen Bäumen völlig verliert.

In einem Punkte geht die neue Anstalt über die bisherigen rheinischen Anstalten und auch wohl über die meisten auswärtigen weit hinaus, nämlich in dem Umfang und der vollkommenen Ausgestaltung der wirtschaftlichen Einrichtungen und in dem möglichst weit durchgeführten Grundsatz, alle Bedürfnisse der Anstalt in der eigenen Wirtschaft herzustellen.

Das Herz der Anstalt kann man das Kessel- und Maschinenhaus nennen. Dort wird in zehn Zweiflammrohrkesseln von je 100 qm Heizfläche und mit 30 qm Überhitzer die nötige Wärme erzeugt zum Kochen und Waschen in Koch- und Waschküche, für den Warmwasserbedarf zu Bade- und Reinigungszwecken sowie für die Beheizung der ganzen Anstalt; ferner werden von hier aus die beiden feuerlosen Lokomotiven zum Betrieb des Anschlußgeleises und zum Betrieb einer Schmalspurbahn durch die ganze Anstalt gespeist, weiter wird hier mit Hilfe zweier Dampfmaschinen von je 600—700 Pferdekräften und einer Akkumulatorenbatterie die nötige Elektrizität zur Beleuchtung der Anstalt, zur Krafterzeugung für 50 Motoren und zum Betriebe elektrischer Kocheinrichtungen in den Teeküchen der Krankenhäuser erzeugt. Die Kohlen (bei Vollbetrieb etwa 700 Doppelwaggon jährlich) werden dem Kesselhaus zugeführt von dem Staatsbahnhof Hau auf einem Anschlußgeleise, das, wie erwähnt, mit einer feuerlosen Lokomotive betrieben wird. Die Beschickung der Kessel erfolgt mit Hilfe einer elektrisch betriebenen Hängebahn und mechanischer Feuerungseinrichtungen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Die diesjährige (III.) öffentliche Tagung des **Internationalen Vereins für medizinische Psychologie und Psychotherapie** wird am 8. und 9. September d. Js. in Zürich in unmittelbarem Anschluß an den Schweizer Psychiatertag und die Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie stattfinden. I. Referate. 1. Das Unbewußte resp. Unterbewußte: a) Das Unbewußte (Prof. Bleuler), b) Der psychische Mechanismus der Wahnideen (Dr. Hans Maier); 2. Theorien der sensiblen Leitung: a) The peculiarities of sensibility found in coutaneous areas supplied by regenerating nerves (Dr. Davies), b) Conductibilité de la sensibilité (Dr. Bertholet); 3. Methoden und Grenzen der vergleichenden Psychologie: a) Etudes des phénomènes mnémiques chez les organismes inférieurs (Dr. Bohn-Paris), b) Die Bedeutung der neuentdeckten Zellstrukturen für die Zellphysiologie und Psychologie (Dr. Stauffacher-Frauenfeld), c) Methoden und Sinn der vergleichenden Psychologie (Dr. A. Forel). — II. Vorträge. Die Psychotherapie auf der inneren Klinik (Dr. v. Stauffenberg-München); The relation of anxiety-neurosis to anxiety-hysterie (Dr. Jones-Toronto); Über das Verhalten der psychogalvanischen Reflexphänomene bei Alkoholwirkung (Dr. Ph. Stein-Budapest). Anmeldungen von Vorträgen an Prof. Dr. A. Forel, Yvorne, Kant. Waadt.

— Programm der am 6. und 7. September 1912 in Zürich stattfindenden Versammlung der **internationalen Liga gegen Epilepsie.** I. Referat: Kochsalzenthaltung bei Epilepsie. Ref.: Professor J. Donáth-Budapest, Dr. Ulrich-Zürich und Dr. Bálint-Budapest. — II. Referat: Alkoholepilepsie. Ref.: A. Tamburini-Rom und P. Stein-Budapest. — Vorträge haben angemeldet: 1. H. Claude-Paris: L'opothérapie glandulaire comme adjuvant dans le traitement bromuré dans l'épilepsie. — 2. Aldren Turner-London: The curability of epilepsy. — 3. Mingazzini-Rom: Über die Veränderungen der Erscheinungen der Epilepsie. — 4. L. Muskens-Amsterdam: Myoklonische Reflexe bei Vertebraten und Invertebraten. — 5. J. Lépine-Lyon: Thema vorbehalten. — 6. Kümmell-Hamburg: Neue Erfahrungen über operative Behandlung bei Epilepsie. — 7. Sommer-Gießen: Motorische Erscheinungen bei alkoholischer Epilepsie. — 8. Krainsky-Wilno: Pathogénie de l'épilepsie génuine. — 9. E. Veit-Wuhlgarten: Epileptische Dämmerzustände. — 10. F. Weeks-New Yersey: Some phases of the institutional work at the New Jersey institution for epileptics (with exhibition of methods). — 11. Friedländer (Hohe Mark): Bemerkungen zur Therapie veralteter Formen von Epilepsie. — 12. Anton-Halle a. S.: Operative Behandlung der Epilepsie. — 13. M. Urstein-Warschau: Genuine Epilepsie als Erscheinungsform der Katatonie. — 14. W. J. Anfimow, gemeinschaftlich mit v. Bechterew-St. Petersburg: Epilepsie alcoolique en Russie. — 15. Leubuscher: Über neuere Behandlungsmethoden der Epilepsie.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.**

III. Sitzung. 31. Mai, vormittags 9 Uhr. Aula der Universität. (Fortsetzung.)

Schröder-Breslau: „Über Remissionen bei progressiver Paralyse". Die Frage der Remissionen ist nur zu beurteilen an Hand der Frage der Exazerbationen. Die häufigste Exazerbation, meist mit guter Pro-

gnose, ist der paralytische Anfall. Andere sind katatonische Zustandsbilder oder manische Erregungen, ferner delirante Phasen, oft mit vollkommener Amnesie. Auch ein deutlich zirkulärer Verlauf wird beobachtet, aber anscheinend ohne Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein; bei der Häufigkeit dieser Anlage und der Häufigkeit der Paralyse ist ein zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Faktoren sehr leicht möglich. Die meisten Exazerbationen werden wohl nicht spezifische Störungen sein, die Paralyse gibt ihnen nur ihre Färbung und ihr Gepräge.

Meist sind nun die Remissionen nur eine Besserung nach einer vorhergehenden Verschlimmerung. Eine Remission im engsten seither üblichen Sinne, als Besserung einer schweren Demenz, wenn keine Exazerbation vorangegangen war, kommt wohl nicht vor. Exazerbation sind demnach heilbare Episoden bei einem unheilbaren Leiden. Die Therapie soll also zunächst suchen, symptomatisch die Exazerbationen zu beeinflussen, um Remissionen zu erzielen.

Eichelberg-Göttingen berichtet über die Erfahrungen zahlreicher Lumbalpunktionen an der Göttinger Klinik. Die Gefährlichkeit des Eingriffes wird oft über- und oft unterschätzt. Üble Folgen wurden nie beobachtet, man darf die Lumbalpunktion aber natürlich auch nie ambulant machen. Eine leichte Drucksteigerung beweist nichts, sie kann bei allen möglichen Allgemeinerkrankungen vorkommen, ist jedenfalls nicht spezifisch für Kopftrauma. Bei einem Unfallhysteriker kann andererseits indirekt durch sie noch eine Verschlimmerung der Unfallsfolgen eintreten. Bei Tumoren sah man nur vorübergehenden Erfolg, dagegen große Erleichterung bei Meningitis.

Bei Paralyse fand sich fast immer Zellvermehrung, die Lymphozytose scheint mit dem Verlauf in einer gewissen Parallele zu stehen. Die Nonne-Apeltsche Reaktion ist praktisch sehr zuverlässig.

Wassermann im Blut allein beweist keine Paralyse; er kann hereditär vorkommen, auch bei geistig Gesunden, kann aber auch andererseits bei sicher von luetischen Eltern stammenden Kindern fehlen. Die Wassermannsche Reaktion sagt nur, daß Lues, ererbt oder erworben, vorliegt, nicht aber, daß die vorliegende Krankheit eine Folge derselben ist. Ihre diagnostische Verwertbarkeit darf nicht überschätzt werden, gerade bei der Differentialdiagnose Paralyse-Lues cerebri läßt sie uns im Stich.

Viele Fragen harren noch ihrer Lösung. Die Dermatologen müßten diejenigen Fälle weiter verfolgen, die trotz Behandlung positiven Wassermann behalten, ferner diejenigen, die schon bald nach der Infektion Lymphozytose zeigen. Man darf jedoch daraus noch nicht schließen, daß diese nun alle später paralytisch werden müßten, denn es wurden schon Fälle beobachtet, die nach der Behandlung weder Wassermann noch Lymphozytose hatten und die später doch noch paralytisch wurden.

Bergl-Prag: „Das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei Luikern." B. untersuchte die Spinalflüssigkeit bei frisch Infizierten. In einer großen Anzahl von Fällen fand sich Pleozytose. Meist war Wassermann im Liquor erst bei 0,8 positiv, in einem Falle jedoch schon bei 0,2, in diesem Falle fand sich auch starke Pleozytose, viele polynukleäre Elemente und viele nervöse Erscheinungen. Möglicherweise handelte es sich hier um den ersten Beginn einer Erkrankung des Zentralnervensystems.

Diskussion zu den Referaten Spielmeyer und Meyer und zu den Vorträgen Kafka, Stargard, Rehm, Friedländer, Schröder, Eichelberg, Bergl.

Tuczek: Der von einem Redner erwähnte Fall von Heilung zeigte eine Besserung nach einer ausgedehnten phlegmonösen Entzündung. Nach vielen Jahren wurde er tabisch und später paralytisch. Es ist aber fraglich, ob die erste geheilte Psychose wirklich eine Paralyse war, bezw. ob man diese Diagnose bei den jetzigen diagnostischen Hilfsmitteln heute ebenfalls stellen würde.

Fischer bespricht die Resultate der Nukleinbehandlung und berichtet über Versuche, mit anderen Präparaten künstlich im Blute eine Leukozytose zu erzeugen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Stransky berichtet über die therapeutischen Versuche in Wien, speziell mit Tuberkulin. Es waren allerdings vorwiegend Anfangsfälle, die behandelt wurden, aber man sah nicht nur viel häufigere, sondern auch viel weitgehendere Remissionen als früher. Man kombinierte die verschiedenen Methoden. Gerade die Fälle, die delirante Züge im Anschluß an eine Injektion zeigten, haben oft die beste Prognose.

Die Frage der Disposition ist auch noch nicht geklärt. So gut es eine Disposition zur Paralyse gibt, kann es auch eine natürliche Immunität geben. Vielleicht wird nur derjenige, der keine natürliche Immunität gegen Paralyse hat, nach einer luetischen Infektion paralytisch. Vielleicht gibt es einen Kampf der verschiedenen Dispositionen, vielleicht treten die Remissionen und Heilungen gerade bei denjenigen auf, die trotz einer gewissen Immunität paralytisch geworden sind und bei denen dann doch noch die Immunität die Oberhand gewinnt.

Anton betont die Möglichkeit einer operativen Behandlung durch Balkenstich, Entleerung der Flüssigkeit, Sondieren des Plexus und Ausspülung der Ventrikel durch eine doppelläufige Kanüle, etwa mit Ricordscher Lösung. Vielleicht wirkt schon die Druckänderung allein günstig; eine Durchspülung des Gehirns vom Ventrikel aus ist jedenfalls möglich. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, über ihre Resultate wird später berichtet.

Cramer: Viele scheinbare Heilungen beruhen auf Fehldiagnosen. Bei den therapeutischen Versuchen in der Göttinger Klinik zeigten alle mit Salvarsan behandelten Fälle eine rapide Verschlechterung, so daß diese Methode verlassen wurde. Dagegen hatten bei den Tuberkulininjektionen vier unter zehn Fällen eine auffallend gute Remission; eine einmal bereits bestehende Pupillenveränderung ist allerdings nie wieder zurückgegangen.

Plaut berichtet über therapeutische Versuche in der Münchener Klinik. Bei jedem Patienten abwechselnd Salvarsan- und Nukleinbehandlung. Die Resultate waren nicht sehr befriedigend.

Raecke: Bei der Frage der Salvarsanbehandlung muß man unterscheiden zwischen der alten Anwendungsmethode, die gänzlich versagt hat, und der neuen Methode, kleine Dosen intravenös zu injizieren. Hierbei und eventuell auch bei Calomelinjektionen wurden üble Erscheinungen nie beobachtet; diesbezügliche Untersuchungen versprachen gute Erfolge, sind aber noch nicht abgeschlossen.

Kraepelin sah nach Nukleininjektionen Fieber, allgemeine Schmerzen, Gelenkschwellungen. Vielleicht empfiehlt sich hierbei nukleinfreie Kost.

Horst empfiehlt Kombination der Salvarsanbehandlung mit Schmierkur.

Brückners therapeutische Versuche mit Salvarsan waren alle völlig negativ.

Kafka: 1. Wenn wir der Therapie der Paralyse von der Zerebrospinalflüssigkeit aus das Wort reden, dann werden wir, wenn wir nicht an die direkte chirurgische Beeinflussung oder die Spinalinjektion denken können, an die komplizierten Verhältnisse des Liquor cerebrospinalis erinnert. Sehen wir doch, daß soviele eingebrachte Stoffe nicht in den Liquor übertreten, während andere, besonders solche, die eine chemische Affinität zum Zentralnervensystem besitzen, in einer Menge übergehen, die sich zu der im Blutserum wie 1:4, 1:2 verhält, ja diese sogar übertreffen kann (Alkohol [Schottmüller]); auch das Verhalten der den Liquor sezernierenden Gewebe gegenüber Antikörpern lernen wir erst allmählich kennen. Es ist denkbar und zu hoffen, daß diese Erfahrungen uns den Weg weisen werden, um einen wie immer wirksamen Körper in solcher Dosierung und solcher Art einverleiben zu können, daß er vom Liquor aus heilend wirkt.

2. Die interessanten Spinalbefunde bei frisch Infizierten, eigene Untersuchungen, die positive Wassermannsche Reaktion und Hämolysenübertritt bei den „Übergangsfällen" zeigten, die Entdeckung von Bisgard, daß der Paralytikerliquor in seinen Eiweißarten von dem der Lues cerebri-Kranken abweicht, und andere Tatsachen fordern auf, den schon angeregten Liquoruntersuchungen bei Luikern in allen Stadien, und zwar mit genauen biologischen und chemischen Methoden das Wort zu reden, weil dies für die Pathogenese der Paralyse, für die Frage: Wann und wie wird ein Luiker paralytisch? von großem Werte wäre. (Autoreferat.)

Friedländer teilt den Optimismus bezüglich der Tuberkulinbehandlung, warnt aber vor einer Kombination der verschiedenen Behandlungsmethoden, da man in dem jetzigen Stadium der Versuche bei eventuell günstigen Resultaten dann nicht wisse, auf welche Behandlungsmethoden sie zurückzuführen seien.

(Fortsetzung folgt.)

— **Einladung** zur Herbstversammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte auf Sonnabend, den 7. September 1912 in Zürich. Nachmittags 3 Uhr: Sitzung in der Aula des Schulhauses am Hirschengraben. Traktanden: 1. Dr. Schmid-Cery: Psychoanalytische Untersuchung von Brandstiftern. 2. Dr. Ammann-Zürich: Die Erkrankung und Sterblichkeit an Epilepsie in der Schweiz, mit besonderer Berücksichtigung von 2159 Todesfällen infolge von Epilepsie. 3. Dr. Riklin-Küsnacht-Zürich: Psychoanalyse und Religionsforschung. — Abends: Freie Vereinigung im Waldhaus Dolder mit den Mitgliedern der gleichzeitig tagenden Internationalen Gesellschaften.

Wir bitten die Herren Kollegen, den Einladungen der Internat. Vereinigung zum Studium der Epilepsie und des Internat. Vereins für medizinische Psychologie und Psychotherapie recht zahlreich Folge zu leisten. Unser eigenes Programm ist in bescheidenem Rahmen gehalten worden, um der reichen Traktandenliste dieser beiden Gesellschaften den Raum zur Entwicklung nicht einzuschränken.

Der Präsident: Dr. Ris. Der Aktuar: Dr. Riklin.

Referate.

— Marie, A., Traité internationale de psychologie pathologique. Tome II. Paris, F. Alcan, 1911. 1000 S.

Das großzügig angelegte Sammelwerk, auf dessen Erscheinen wir schon bei einer Anzeige des ersten Bandes hingewiesen haben, nimmt unter der Redaktion des rührigen und verdienstvollen Herausgebers einen schnellen Fortgang. Der zweite Band bringt die klinische Psychiatrie. An ihrer Darstellung haben sich beteiligt Bashenow, Bechterew, Bourilhet, Colin, Capgras, Deny, Hesnard, Lhermitte, Magnan, A. Marie, A. Raymond (†), Régis, Riche, Roubinowitsch, Sérieux, Sollier und von deutschen Forschern: A. Pick, Pilcz und Ziehen. In einem ausführlichen Vorwort bespricht Marie die unvermeidlichen Wandlungen in der Fassung der psychiatrischen Systematik, auch er stellt den Mangel einer befriedigenden nosographischen Klassifikation fest und hofft, daß fortgesetzte Forschung das Gebiet der Psychosen und Psychoneurosen „sine materia" immer mehr verkleinern wird. Auf die einzelnen Abschnitte des Werkes einzugehen, ist hier nicht möglich. Sie sind ungleichartig in der Vertiefung und Ausführlichkeit bei der Behandlung des Stoffes. Das ist in allen großen Sammelwerken so, Vorwürfe sind hieraus nicht abzuleiten. Für den deutschen Leser sind die Anschauungen der überwiegend französischen Mitarbeiter und ein Vergleich derselben mit den in Deutschland geläufigen Lehren von großem Interesse. Berufene Autoren geben aus ihren umfangreichen Spezialwerken den Kern des Inhalts in kürzerer Darstellung wieder. So führt in dem Abschnitt über die chronischen wahnbildenden Prozesse zunächst Magnan zusammen mit Sérieux sein bekanntes: Délire chronique à évolution systématique vor, mit den vier Perioden der unruhigen Besorgnis, der Verfolgung, der Größenvorstellungen und der Demenz. Die hier geschilderten Kranken pflegen bei uns der paranoiden Form der Dementia praecox, dem Paranoid Bleulers zugerechnet zu werden. Es folgt eine feine Schilderung des „délire d'inter-

prétation" von Sérieux und Capgras. Die hier beschriebenen Kranken entsprechen der Paranoia im Sinne Kraepelins. Hauptsymptome sind hier falsche Deutungen und krankhafte Eigenbeziehung. Die Krankheit ist nach S. und C. charakterisiert: 1. durch die Häufung und Systematisierung der wahnhaften Erklärungsversuche, 2. durch das Fehlen oder das nur gelegentliche Auftreten von Halluzinationen, 3. durch das Fehlen von Bewußtseinstrübung, von Desorientierung und durch Fortdauer der psychischen Aktivität, 4. durch die Entwicklungsart der Krankheit mit progressiver Wahnbildung, 5. durch den Ausgang in einen unheilbaren Zustand ohne terminale Demenz. Dem délire d'interprétation liegt eine besondere psychopathische Konstitution zugrunde, welche als „paranoische" bezeichnet und in ihren Eigenheiten beschrieben wird. Bezüglich der Entstehung der paranoischen Wahnbildung halten die Autoren die „ideo-affektive" Theorie Bleulers für die am meisten befriedigende. Bemerkenswert ist auch, daß eine Form der Krankheit von milder Art, eine „forme fruste" erwähnt wird, in welcher die Wahnbildung von Anbeginn schnell vor sich geht, aber bald nicht mehr fortschreitet, keine breite Ausdehnung gewinnt und sozusagen einschläft, ohne zu einem vollständigen Verschwinden oder zu einer Korrektur zu kommen. Man sieht, daß hier die Anschauungen der französischen Autoren viele Berührungspunkte mit den gegenwärtig in Deutschland zutage tretenden haben. — Getrennt von dem délire d'interprétation beschreiben Sérieux und Capgras dann in einem folgenden Kapitel das „délire de revendication", den Querulantenwahn. Die „revendicateurs" sind psychopathische Persönlichkeiten, bei welchen der Wahn von einer überwertigen Idee seinen Ausgang nimmt; die Entwicklung ist eine plötzliche. Dem Krankheitsbilde sind ausgesprochen manische Züge eigen („Le revendicateur nous apparait essentiellement comme un obsédé et comme un maniaque). In Übereinstimmung mit Wernicke und Ziehen wird die Heilbarkeit der Psychose hervorgehoben, in welcher die Autoren weniger: „un délire, qu'un état morbide continu du caractère" erblicken. Die Zusammenordnung des délire d'interprétation in eine Gruppe mit der Paranoia beruhe auf oberflächlicher Übereinstimmung. Die Erfahrung könne doch möglicherweise dazu führen, das délire d'interpr. dem manisch-depressiven Irresein nach Specht einzugliedern. Schließlich erwähnen jedoch auch S. und C., daß es unter den persécuteurs Fälle gibt, bei welchen die Entscheidung, ob man sie dem délire de revendication oder dem délire d'interprétation zuordnen soll, fast unmöglich ist.

Die Krankheitsgruppe „les démences précoces" ist, nachdem Kraepelin die Bearbeitung dieses Abschnitts abgelehnt hatte, von Deny und Lhermitte beschrieben. Deny gibt den klinischen Teil und unterscheidet eine forme simple, eine forme hébephréno-catatonique und eine forme délirante (paranoide). Die pathologische Anatomie hat Lhermitte bearbeitet, er nennt die Dementia praecox „un syndrome anatomo-clinique, relevant de facteurs pathogéniques differents, mais aboutissant à créer à la fois une fragilité cérébrale et la dégénerescence des neurones corticaux".

Der dritte Band des Werks, welcher die „angewandte" Psychiatrie behandeln wird, stellt sehr zeitgemäße Zusammenstellungen, wie: vergleichende Psychopathologie, Psychopathologie der Tiere u. a. in Aussicht. Mercklin.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Der Typhus abdominalis ist in einer ungemein fleißigen Studie von Orudschiew recht übersichtlich in bezug auf klinische, serologische uud bakteriologische Diagnose dargestellt.*) Die Feststellung der Inkubationsdauer ist für die Diagnose des Typhus abdom. nicht ausschlaggebend, da sie zu großen Schwankungen unterliegt, nämlich von wenigen Stunden bis zu 48 Tagen; die durchschnittliche Zeit ist zwölf Tage. Die Inkubation ist an die Funktion der Organe geknüpft, welche das Gift von der empfindlichsten Stelle, dem Zentralnervensystem, fernhalten; sobald es in letzteres gelangt ist, hört die Inkubation auf (Wolff-Eisner und Laband). Der Beginn der Krankheit ist ein allmählicher mit folgenden subjektiven Beschwerden: allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit (vereinzelt mit Heißhunger wechselnd), Durstgefühl, Stuhlverstopfung, Kopfschmerzen, seltener Leibschmerzen, Halsschmerzen, Gelenkschmerzen, Erbrechen mit leichter Diarrhöe, Nasenbluten, Nackenschmerzen. Nur ausnahmsweise beginnt der Typhus plötzlich. Atypischer Beginn, wie unter dem Bilde der Influenza und Sepsis etc. kommt nicht so selten vor. Die für Typhus charakteristische Fieberkurve, besonders der staffelförmige Anstieg, hat noch immer ihre Geltung (Wunderlich, Liebermeister). Dagegen ist die Höhe der absoluten Temperatur und die Dauer der Febris continua für die Prognose bezüglich Sterblichkeit nicht von so ausschlaggebender Bedeutung, wie früher angenommen worden ist. Die Frage, warum bei typischen Typhen mit einem Schlage das kontinuierliche Fieber sich in ein remittierendes und dann in intermittierendes verwandelt, harrt noch der Beantwortung; man vermutet als Ursache Anwesenheit von Kokken im Blut, also Mischinfektion. — Die relative Verlangsamung des Pulses, z. B. bei 40 bis 41° C nur 90 bis 110 Pulsschläge in der Minute, kann, da schon in der ersten Woche vorkommend, als Frühsymptom sogar von differential-diagnostischer Bedeutung gelten, Ausnahme machen jüngere Kinder, ältere schwächliche Personen und anämische weibliche. Andauernd höhere Pulszahlen weisen auf bedrohliche Herzschwäche oder auf Komplikationen; plötzliches Ansteigen des Pulses und Sinken der

*) Der heutige Stand der klinischen, serologischen und bakteriologischen Diagnose des Typhus abdominalis. Inaugural-Dissert. Würzburg, 1910. (Aus der Würzburger medizinischen Universitätsklinik, Vorstand: Exzellenz Prof. Dr. von Leube.)

Temperatur weisen auf Kollaps; gleichmäßiges Auf- und Absteigen der Puls- und Temperaturkurven ist prognostisch günstiger als Divergenz oder Kreuzung derselben. Der Dikrotie des Pulses messen heute viele Autoren wie z. B. v. Leube eine große Bedeutung nicht mehr bei. Auch der Milztumor gilt nicht mehr als absolut sicheres Symptom, namentlich ist sein Fehlen nicht ausschlaggebend, da er bei zu vielen anderen Krankheiten vorkommt bezw. nachdem ihn Curschmann in 20 bis 25%, Leube und Jez in 10% vermißt haben; prognostische Bedeutung hat er nicht. — Die Roseola erscheint von der zweiten Hälfte der ersten Woche ab bis um die Mitte der zweiten Krankheitswoche, in seltenen Fällen schon am zweiten Tage; nach Hünermann 24 Tage nach der Infektion; in leichteren und abortiven Fällen kann sie fehlen, oft auch bei älteren Leuten. v. Leube nennt es „das wichtigste Unterstützungsmittel für die Diagnose des Typhoids“, wenn sich auch nur einige zweifelhafte Roseolen im Epigastrium finden; auch Curschmann nennt sie „eine bedeutungsvolle spezifische Erscheinung des Typhus abdominalis“. Von einigen Beobachtern wurden sie in 5 bis 15% der Fälle vermißt, von Eichhorst bei 2000 Fällen dagegen niemals. Nach Neumann sind Bazillen im Harn nicht eher zu erwarten, bis die Roseolen ausgebrochen sind; es soll ein Zusammenhang zwischen beiden Symptomen bestehen. Man hat Typhusbazillen in den Roseolen gefunden und vermutet, daß letztere durch Embolie in den Hautgefäßen, verursacht durch Typhusbazillen, entstehen, vielleicht wirkt dabei die Agglutination mit. Das mit dem eines Stück rohen Fleisches verglichene Aussehen der Zunge gilt wie bisher als charakteristisch; ferner die anfängliche Verstopfung, der spätere dünnflüssige, erbsenbreiartige Stuhl, Ileozökalschmerz und -geräusch; Meteorismus bis zu gewissem Grade. Albuminurie kommt in 30 bis 60% der Fälle zeitweilig vor, ist aber ohne diagnostische Bedeutung. Die Diazoreaktion ist von allen Krankheiten, wo sie überhaupt vorkommt, bei Typhus abdominalis am häufigsten und regelmäßigsten, kann aber in ca. 1/4 der Fälle vollständig fehlen. Sie tritt am Ende der ersten und am Anfang der zweiten Woche auf; sie verschwindet in der Regel und normaler Weise zwei bis neun Tage vor dem Rückgang des Fiebers. Sie hat nur in Verbindung mit den sonstigen klinischen Symptomen eine Bedeutung für die Diagnose des Typhus; besonders bei Miliartuberkulose, die im Anfang schwer von Typhus zu unterscheiden ist, pflegt sie auch vorhanden zu sein, dann bei Lungentuberkulose, bei Infektionskrankheiten (außer Pneumonie und Diphtherie), bei Herzfehlern mit Kompensationsstörungen und bei verschiedenen afebrilen Krankheiten. Fortdauer der Reaktion in den späteren Krankheitswochen deutet auf protrahierten, sogar ernsteren Verlauf. Worauf die Diazoreaktion beruht, ist auch heute noch nicht genügend geklärt. — Die Indikanreaktion ist für Typhus ohne diagnostische Bedeutung; dasselbe gilt vom Palmoplantarphänomen (gelbliche Färbung der Hautfalten des Handtellers und der Fußsohle, angeblich bei schweren Fällen). — Die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt ab in den ersten vier bis fünf Krankheitswochen; von da an beginnt eine Regeneration derselben; ähnlich verhält sich die Hämoglobinkurve. Merkwürdigerweise hängt dieses Verhalten mit dem Gehalt von Milz und Knochenmark an Typhusbazillen, die schon in der dritten Woche keimfrei sind, nicht zusammen, oder es ist anzunehmen, daß die Typhusbazillen nur in den ersten Wochen eine höhere Toxindosis produzieren, wie Orudschiew meint. — Genannter Autor bestätigte an seinem Beobachtungsmaterial auch die charakteristische Hypoleukozytose (Leukopenie), die in der zweiten und dritten Krankheitswoche am erheblichsten ist und von da ab nachläßt. Allerdings fand Kühn in 8% der Fälle Hyperleukozytose statt Leukopenie, welche letztere also nur zusammen mit anderen charakteristischen Symptomen ausschlaggebende diagnostische Bedeutung gewinnt; immerhin ist es ein schon sehr früh auftretendes, vielleicht eins der frühesten Symptome. Die prognostische Bedeutung der Hypoleukozytose ist noch nicht klargestellt. Wie die Erythrozyten- und Hämoglobinkurve, so zeigt auch die der Leukozyten nach dem Wiederanstieg in etwa der sechsten Woche zuweilen einen Anstieg über die normalen Werte hinaus, vielleicht weil, wie Rieder annimmt, die später abgeschwächten Bazillen eine positive chemotaktische Wirkung ausüben, die im Beginn der Krankheit stark virulenten Bazillen dagegen eine negativ chemotaktische, die Leukozyten und die blutbereitenden Organe lähmende Wirkung. — Orudschiew hat besonders eingehend neben der Leukozytenzählung auch die Veränderungen in den Prozentverhältnissen zwischen den verschiedenen Leukozytenarten zu bestimmen versucht. Als Charakteristikum des Blutbildes der a) polynukleären neutrophilen Leukozyten bezeichnet er danach: „eine relative polynukleäre neutrophile Hypoleukozytose der ersten fünf Krankheitswochen und eine Hyperleukozytose derselben Leukozytenformen in den darauffolgenden Wochen (siebenten resp. achten) und dann wieder eine relative Hypoleukozytose derselben in den folgenden Wochen (von der achten resp. neunten Woche ab)“; dagegen zeigen b) die kleinen Lymphozyten gerade entgegengesetztes Verhalten, nämlich, fast bei allen Patienten, von der zweiten Krankheitswoche an einen kontinuierlichen Anstieg, in der dritten bis sechsten Krankheitswoche und noch später ihren höchsten, etwas übernormalen Stand; vermutlich entspricht dieser Anstieg der um dieselbe Zeit vorhandenen Lymphdrüsenschwellung, d. h. reparatorischen Vorgängen im lymphatischen Apparat. Bezüglich c) der polynukleären eosinophilen Leukozyten und d) der großen Lymphozyten und der Übergangsformen wurde keine wesentliche Veränderung beobachtet. Die Untersuchungen über das Verhältnis der ein- und zweikernigen Leukozyten zu den mehrkernigen neutrophilen Leukozyten sind noch nicht abgeschlossen.

Einen Wendepunkt in der Typhusdiagnose bedeutete die bekannte Entdeckung von R. Pfeiffer und seiner Schüler bezüglich der Wirkung des gegen

Typhus immunisierten Meerschweinchenblutes auf die Typhusbazillen, weiter die Entdeckung des Phänomens der Agglutination durch Gruber, sowie durch Pfeiffer und Kolle, der Nachweis Widals von dem Vorhandensein des Agglutinationsvermögens des Typhusserums schon am Ende der ersten und am Anfange der zweiten Krankheitswoche, und endlich der Nachweis Fickers, daß die Agglutinationsprobe auch mittels einer Aufsschwemmung abgetöteter, zerriebener Typhusbazillen, mit ca. 10% Glyzerin und etwas Phenolzusatz (Fickers Typhus-Diagnostikum) nicht nur in zuverlässiger Weise gelingt, sondern auch ein einheitliches, gleichmäßiges, durchaus sicheres Resultat liefert, was bei der Verschiedenheit der Stämme der lebenden Typhuskulturen nicht zu erreichen wär und sich auch ohne große Vorbereitung und viele Utensilien, selbst ohne Mikroskop, ausführen läßt (die Agglutinabilität mittels einer durch Formol abgetöteten Bouillonkultur war schon vorher von anderen Forschern festgestellt).

Nach Meyer ist die Anwendung des Fickerschen Typhus-Diagnostikum (hergestellt von der Firma E. Merck in Darmstadt) sogar aus theoretischen und praktischen Gründen dem ursprünglichen Gruber-Widalschen Verfahren vorzuziehen. (Vermeidung von durch Komplemente, Immunkörper und Hemmungskörper bedingten Hemmungserscheinungen bei dem Fickerschen Diagnostikum [van Loghem]).

Die Gebrauchsanweisung zu dem Typhusdiagnostikum Ficker lautet folgendermaßen:

Die Blutentnahme kann erfolgen:

1. mit Hilfe eines Schröpfkopfes. Die Hautschnitte können mit dem ausgekochten Schröpfschnepper oder einer Lanzette gemacht werden. Zum Transport des geronnenen Blutes wird der Schröpfkopf mit einem Kork oder Gummistopfen verschlossen;

2. durch Venaepunktion mit einer Pravazspritze, deren Nadel nicht zu fein sein darf. Der Inhalt der Spritze wird entweder alsbald in ein Spitzgläschen (cf unten) gespritzt oder in der Spritze geronnen gelassen. Das abgeschiedene Serum kann man entweder durch Vorschieben des Stempels ausdrücken oder nach Abschrauben des oberen oder unteren Spritzenverschlusses mit der Pipette entnehmen;

3. durch Einstich in die Fingerkuppe oder (weniger schmerzhaft) das Ohrläppchen mit einer feinen, sehr scharfen Lanzette. Man komprimiert die Wurzel des Ohrläppchens mit zwei Fingern, schlitzt nun die tiefste Stelle des Läppchenrandes ein und läßt das Blut in ein Spitzgläschen tropfen. Das Gläschen bleibt dann etwa fünf Minuten stehen, bis das Blut fest geronnen ist, wird mit einem Stopfen verschlossen und in möglichst senkrechter Stellung nach Hause gebracht. Dort löst man mit einer ausgeglühten Nadel den Blutkuchen rings vom Rande des Gläschens los und wartet ca. 12 Stunden, bis sich das Serum abgeschieden hat. Legt man das zu einem Drittel mit Blut gefüllte Gläschen nahezu horizontal, so daß das Blut schräg gerinnt, so ist das Ablösen des Blutkuchens nicht nötig.

Wer über eine Handzentrifuge verfügt, kann das Blut auch in einer U-förmig gebogenen Glasröhre auffangen und darin zentrifugieren. Die Prüfung kann dann sofort nach der Blutentnahme vorgenommen werden

Ansetzen der Reaktion. Pipette und Spitzgläschen sind durch Spülen mit Alkohol und Aether zu reinigen, die Stopfen der Gläschen sind auszukochen. Die Gläschen können auch mit Watte verschlossen und 2 Stunden im Brutofen sterilisiert werden.

Mit der Pipette werden 0,2 ccm Serum, das keine Blutkörperbeimengung enthalten darf, in ein Spitzgläschen gebracht und hierzu 0,8 ccm der sterilen Kochsalzlösung mittels der mit Wasser, Alkohol und Aether gereinigten Pipette gegeben. Nun wird der ausgekochte Stopfen aufgesetzt und gut gemischt. Bei Watteverschluß der Gläschen geschieht die Mischung mit der Pipette. Von dieser Serumverdünnung kommt in ein 2. Spitzgläschen 0,5 ccm und dazu 0,5 ccm sterilisierte Kochsalzlösung. In ein 3. Gläschen kommt nun 0,1 ccm aus dem 1. Glas und in ein viertes 0,1 ccm aus dem 2. Glas. Darauf wird die Pipette wieder wie oben gereinigt und in das 3. Spitzglas und ebenso in das vierte 0,9 ccm des vorher sorgfältig geschüttelten Diagnostikums gebracht. In dem 3. Glas hat man also die Serumverdünnung 1 : 50, in dem vierten 1 : 100. In ein 5. Glas bringt man 1 ccm Diagnostikum allein. Sämtliche Gläschen werden mit einem ausgekochten Stopfen versehen, gut umgeschüttelt und in dem Gestell bei Zimmertemperatur vor Licht geschützt stehen gelassen. In den meisten Fällen ist die Reaktion nach 10 oder 12 Stunden deutlich. Länger als 20 Stunden darf mit der Feststellung des Resultates nicht gewartet werden. Die Reaktion ist positiv, wenn die im Diagnostikum enthaltenen Bakterien zusammengeballt zu Boden sinken und der Inhalt des Gläschens sich klärt. Die ersten Anfänge dieser Klärung beobachtet man am besten, wenn man die Gläschen in guter Beleuchtung vor einem schwarzen Hintergrund betrachtet und mit dem 5. Glas, welches nur Diagnostikum enthält, vergleicht, oder aber indem man die Gläschen mit der einen Hand in Augenhöhe bringt und zwischen Lichtquelle (Fenster) und Gläschen die andere ausgestreckte Hand in 5—10 cm Entfernung hinter den Gläschen hält und leicht bewegt.

Außer dem Typhusdiagnostikum wird von E. Merck in Darmstadt auch hergestellt:

Paratyphusdiagnostikum A und B, Colidiagnostikum, Ruhrdiagnostikum (Shiga) und Ruhrdiagnostikum (Flexner).

Orudschiew hat bei seinen ebenfalls unter Verwendung des Ficker'schen Diagnostikums angestellten Versuchen folgendes bemerkenswerte Verhalten der Agglutinationskurve beobachtet: „In den ersten vier bis sieben Krankheitswochen findet eine Schwankung des Agglutinationsvermögens des Serums statt. Um diese Zeit erreicht die Agglutination das relativ niedrigste Niveau. In den darauffolgenden Wochen steigt es wieder treppenförmig in die Höhe und kehrt nicht mehr in das ursprüngliche Niveau zurück." — Auch Orudschiew hat festgestellt, daß der positive Ausfall der Reaktion bei der Verdünnung des Serums über 1:50 fast immer für Abdominaltyphus spricht, vorausgesetzt, daß der betreffende Kranke nicht früher Typhus durchgemacht hat; die minimale Grenze der positiven Agglutinationsprobe war bei Verdünnung 1:160. In der Regel tritt die Agglutination erst am Anfang der zweiten Woche (siebenten bis zehnten Krankheitstag) ein, selten schon am zweiten Tage. Fehlen der Reaktion in der ersten Woche spricht nicht gegen Typhus! Fälle, wo bei ganz sicherem Typhus die Agglutination fehlt, und zwar während der ganzen Krankheit, sind ganz seltene Ausnahmen. Nicht jedes Typhusserum agglutiniert jeden Typhusstamm; die Agglutination kann auch bei anderweitigen Erkrankungen und unter verschiedenen Versuchsbedingungen auftreten. — Orudschiew macht die bemerkenswerte Mitteilung, daß bei sieben der von ihm untersuchten elf Typhuskranken die Agglutination des Blutserums um so niedriger war, je höher die Körpertemperatur, und daß, sobald die Temperatur ihre normale Grenze erreicht und sich innerhalb derselben bewegt, die Agglutinationskurve beginnt, sich staffelförmig zu erheben, und bei weiterem normalem Temperaturverlauf der Agglutinationswert immer mehr zur Höhe steigt, daß der Ausfall der Titerhöhe der Agglutination nicht von der Schwere der Erkrankung abhängt, sondern

daß auch die Widerstandsfähigkeit des einzelnen Individuums bei der Agglutination eine große Rolle spielt. — Über den Wert der Augenreaktion sind die Ansichten der Forscher noch geteilt; jedenfalls geben die meisten Fälle von Typhus erst nach 24 Stunden eine positive Reaktion; bei Typhusrekonvaleszenten reagiert ca. die Hälfte der Fälle positiv; positive Reaktion kommt vereinzelt auch bei anderen Krankheiten nach 24 Stunden vor. Die Verschiedenheit der bisherigen Resultate bezüglich der Augenreaktion ist bedingt durch den Mangel eines beständigen einheitlichen Toxins; verschiedene Typhusstämme geben verschieden intensives und verschieden haltbares Toxin; auch ist die Herstellung eine verschiedene, desgleichen das Alter des Toxins bei der Anwendung. Die Augenreaktion soll schon am dritten Tage auftreten. Über die Hautreaktion bei Impfung mit abgetöteter Typhuskultur sind die Ansichten noch geteilt. — Am sichersten geschieht die Diagnose durch den Nachweis der Typhusbazillen im Blut. Dabei fand Orudschiew, daß in einigen seiner Fälle die Zahl der Typhuskolonien mit dem Verlauf des Fiebers gar nicht zusammenhing. In afebrilen Perioden traf er Typhusbazillen genau so wie bei fieberhaften. Jedoch waren die Kolonien in den späteren Stadien spärlicher als in den ersten. Manche Untersucher fanden in 100% der Fälle Typhusbazillen im Blute, andere nur 78 bis 95%. Man hat sie in einzelnen Fällen schon am zweiten Krankheitstage im Blute nachweisen können. Die Menge der gefundenen Typhusbazillen steht in keiner Beziehung zur Höhe des Fiebers und zur Schwere und Prognose des Falles. Mit dem Anstieg der Agglutinationskurve nimmt die Zahl der Typhusbazillen im Blute ab und umgekehrt. Zur Differenzierung der Typhusbazillen erwies sich der Conradi-von Drigalskische Nährboden am geeignetsten (Lüdke).

(Fortsetzung folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der Provinzialheilanstalt zu **Lauenburg i. Pom.** ist zum 1. Oktober 1912 eine **Assistenzarztstelle** eventuell auch eine **Oberarztstelle** zu besetzen.

Anstellungsbedingungen:

a) für **Assistenzärzte** 1800 bis 3000 M. bei völlig freier Station, bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung als Oberarzt,

b) für **Oberärzte** 3600 bis 7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Arznei, Garten. Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen von Aerzten, die nicht vor 1. Juli 1909 approbiert sind, an **die Anstaltsdirektion.**

Eine Schwester

in der Irrenpflege bewandert, wird für Privatpflege möglichst bald gesucht. Gehalt fünf Mark täglich bei völlig freier Station. Eine Pflegerin ist außerdem vorhanden.

Bewerbungen an Herrn Dr. **Hubert Schnitzer,** Stettin, Eckerbergerstr. 1.

Ich suche einen unverheirateten

Assistenzarzt.

Monatliches Gehalt M. 250, bei freier Station. Psychiatrische Vorbildung erwünscht.

Obernigk, Bez. Breslau

Dr. Kleudgen's Anstalt für Nerven- und Gemütskranke.

Der leitende Arzt
Dr. Artur Schmidt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 22. 31. August **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus der Brandenburgischen Landesirrenanstalt Landsberg a. W. (Direktor Dr. Riebeth).

Erfahrungen mit Luminal bei Geisteskranken.

Von Dr. *Treiber*, Anstaltsarzt.

Über die Anwendung des Luminals bei Geisteskranken liegen bereits eine Reihe von Veröffentlichungen vor, die sich alle sehr anerkennend über den Wert des neuen Schlafmittels aussprechen. Es soll sich ebensowohl bei leichten und mittleren Graden von Schlaflosigkeit und Unruhe bewähren, als auch ganz besonders bei der Bekämpfung schwerer Erregungszustände, wobei es in höheren Dosen allein oder in Verbindung mit Hyoscin bezw. Morphium sich durch eine sichere und prompt schlafmachende Wirkung auszeichne. Nebenerscheinungen bedenklicher Art oder irgendwelche Nachwirkungen sind bis jetzt nicht beobachtet worden. Auch an der hiesigen Anstalt wurden längere Zeit Versuche mit Luminal gemacht, über deren Ergebnis ich kurz berichten möchte.

Das Präparat stand uns in Tablettenform zu 0,3 pro Tablette zur Verfügung. Verabreicht wurde es 1. in einmaligen Gaben von 0,3—0,75, 2. in zwei bis höchstens vier über den ganzen Tag verteilten Dosen von je 0,3, und 3. in Kombination mit anderen Schlafmitteln (Scopolamin, Hyoscin-Morphium).

Die einmalige Gabe von 0,3 Luminal hatte besonders gute Wirkung bei der nächtlichen Unruhe, Bettflucht, Schlaflosigkeit Altersdementer und Arteriosklerotiker. Die Kranken schliefen nach einer viertel bis anderthalb Stunden ein, der Schlaf hielt die ganze Nacht an.

Auch bei leichten Erregungszuständen Schizophrener und Manisch-Depressiver konnte bei abendlichen Gaben von 0,3 ruhiger Schlaf für die ganze Nacht erzielt werden. Für schwerer Erregte aus den verschiedensten Krankheitsgruppen (Dem. praex., man.-depress. Irresein, Paralyse, Imbezillität, Hysterie) genügten diese kleinen Dosen nicht. In den meisten Fällen reichte 0,45 aus, um Beruhigung und mehrstündigen Schlaf herbeizuführen. Die Wirkung war natürlich bei den verschiedenen Kranken und auch bei den gleichen Kranken an verschiedenen Tagen ungleich. Bald trat sie verhältnismäßig rasch ein, etwa nach einer halben Stunde und hielt bis zu $8^1/_2$ Stunden an, bald verzögerte sich ihr Eintritt bis zu $3^1/_2$ Stunden und dauerte nur 2—3 Stunden. In einzelnen Fällen wurde überhaupt kein Schlaf erzielt, sondern nur eine wesentliche Beruhigung für mehrere Stunden. Versager kamen ganz selten vor.

Bei einmaligen Gaben von 0,6—0,75 trat die Wirkung im ganzen rascher ein, die Dauer war nicht länger als bei 0,45. Nur zwei Kranke, ein erregter Paralytiker und ein sehr unruhiger Hysteriker schliefen auf 0,6 12 bezw. 13 Stunden und waren auch nach dem Erwachen noch längere Zeit ruhig.

Zwei schwere Erregungszustände (ein Paralytiker und eine Manisch-Depressive) dagegen reagierten auf 0,6 resp. 0,75 überhaupt nicht.

Bei chronisch Unruhigen aus den verschiedensten Krankheitsgruppen wurde Luminal mit Vorteil mehrere Male am Tage zu 0,3 pro dosi gegeben. Nur in wenigen Fällen konnte auch mit $4 \times 0,3$ pro die keine wesentliche Beruhigung erreicht werden. Die meisten Kranken reagierten bereits auf die erste Dosis mit Ruhe und zeitweisem Schlafe, andere schliefen sogar mehrere Stunden. Dementsprechend brachte die zweite Gabe mit geringen Ausnahmen in verstärktem Maße Ruhe und Schlaf. Auf die 3. bezw. 4. Dosis verfielen fast alle in einen vielstündigen tiefen und ruhigen Schlaf, der, weil die letzte Gabe abends ver-

abreicht wurde, in beinahe sämtlichen Fällen die ganze Nacht anhielt.

Jedenfalls konnte bei dieser Dosierung mit verschwindenden Ausnahmen erreicht werden, daß sonst ständig laute und nur durch größere Arzneigaben einigermaßen ruhig zu haltende Kranke für den größten Teil des Tages und die ganze Nacht schliefen oder wenigstens in wohltuender Weise beruhigt wurden.

Bei über den ganzen Tag verteilter Arzneigabe wurde es vielfach notwendig, die Kranken zum Essen zu wecken, namentlich dann, wenn diese das Präparat an mehreren Tagen hintereinander erhielten. Nur ganz vereinzelt waren die geweckten Patienten so schlaftrunken, daß die Nahrung nicht genommen wurde. Im allgemeinen aber aßen sie ganz gut, um dann sogleich wieder einzuschlafen.

Die dritte Anwendungsform bestand in der Kombination von 0,3—0,6 Luminal mit 0,001 Scopolamin oder mit 0,0005—0,001 Hyoscin + 0,005—0,01 Morphium. Scopolamin und seine Mischung mit Morphium wurden subkutan gegeben.

Diese Kombination wurde dann gewählt, wenn Luminal allein keine oder eine nicht ausreichende Wirkung entfaltete, oder wenn es darauf ankam, durch die anderen Mittel eine rasche Wirkung z. B. bei akuten Erregungszuständen zu erzielen, durch Luminal aber eine Verlängerung dieser Wirkung erreicht werden sollte, endlich dann, wenn Kranke nicht einnahmen. Durch Hyoscin wurden diese betäubt, in der Benommenheit konnte ihnen Luminal verabreicht werden.

Die Wirkung der Kombination war nun durchweg recht gut. Auch schwer erregte Kranke schliefen rasch ein. Die Schlafdauer betrug mindestens 4 Stunden, in den meisten Fällen 7—10.

Bei manchen Kranken, die schon längere Zeit Hyoscin-Morphium bekamen, trat die schlafverlängernde Wirkung des zugegebenen Luminals deutlich zutage.

Als Nebenwirkung des Luminals wurde wiederholt mehr oder minder starkes Taumeln der Kranken festgestellt. Bei einigen trat es schon bei Dosen von 0,6—0,9 auf, die meisten zeigten diese Erscheinung erst, nachdem schon einige Tage lang Luminal gegeben war, also erst nach Dosen von 1,35—2,4. Aussetzen des Mittels hatte sofortiges Verschwinden des Taumelns zur Folge.

Sonstige Nebenerscheinungen wurden nicht konstatiert. Atmung und Puls blieben unbeeinflußt; öfters vorgenommene Urinuntersuchungen ergaben keine Abweichung von der Norm.

Zusammenfassend können wir also sagen:

In Luminal haben wir ein sehr brauchbares Schlafmittel, das in kleinen Dosen bei leichten Erregungszuständen und hauptsächlich bei der nächtlichen Unruhe Altersdementer und Arteriosklerotiker zur Wirkung kommt, in höheren Dosen aber, allein oder in Verbindung mit Hyoscin und Morphium, auch schwerste Erregungen mit gutem Erfolge zu bekämpfen vermag.

Wie bei allen Schlafmitteln gibt es auch bei Luminal Kranke, die nicht oder ungenügend auf das Mittel reagieren. Bedenkliche Nebenwirkungen besitzt Luminal nicht.

Denkschrift zur Feier der Eröffnung der achten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve).

(Fortsetzung.)

Abweichend von der bisher üblichen Anwendung von Niederdruck-Dampfheizung in den Provinzialanstalten wird die neue Anstalt zum größten Teile durch Fernwarmwasserheizung beheizt, da mit der Anwendung dieses Heizsystems, wenn es auch in der Anlage etwas teurer ist, doch große wirtschaftliche Vorteile durch Verminderung des Kohlenverbrauchs zu erwarten sind. Dazu kommt bei diesem System noch die Möglichkeit, den Abdampf der Maschinen in weitestem Umfange zur Warmwasserbereitung zu verwenden, wodurch eine erhebliche Verringerung der Herstellungskosten, der elektrischen Energie erreicht wird. Nur einige, der Dampfzentrale zunächst liegende Gebäude, sowie Kirche, Gesellschaftshaus, Metzgerei und Leichenhaus, werden mit reduziertem Dampf beheizt.

Mit dem Heizsystem ist die Warmwasserversorgung verbunden, indem in Boilern, die in den Kellergeschossen der Gebäude untergebracht sind, Wasser mittels des den Gebäuden zugeführten Dampfes bezw. heißen Wassers, je nachdem das Gebäude mit Dampf oder mit heißem Wasser beheizt ist, erwärmt wird. Die Fernheizung hat bei niedrigster Außentemperatur 10 Millionen Wärmeeinheiten pro Stunde zu liefern. Die Fernwarmwasserheizung der Anstalt Bedburg ist zurzeit die größte auf dem Kontinent; sie versorgt 46 Gebäude, die bis zu einer Entfernung von 800 m Luftlinie und von 1200 m Leitungsweg von der Heiz-

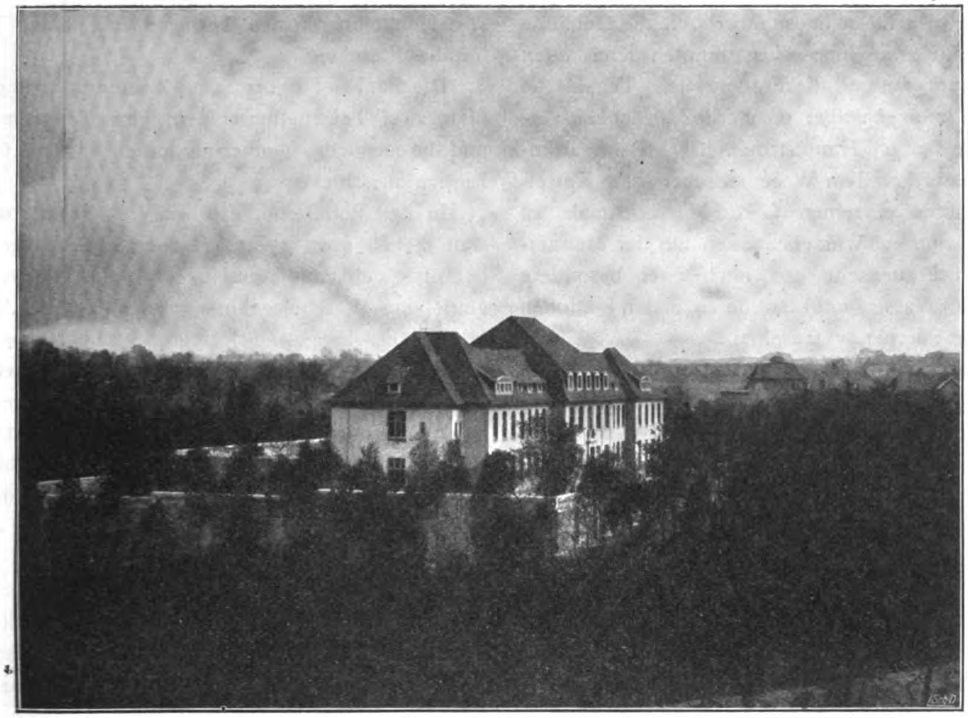


Abb. 8. Bewahrungshaus.

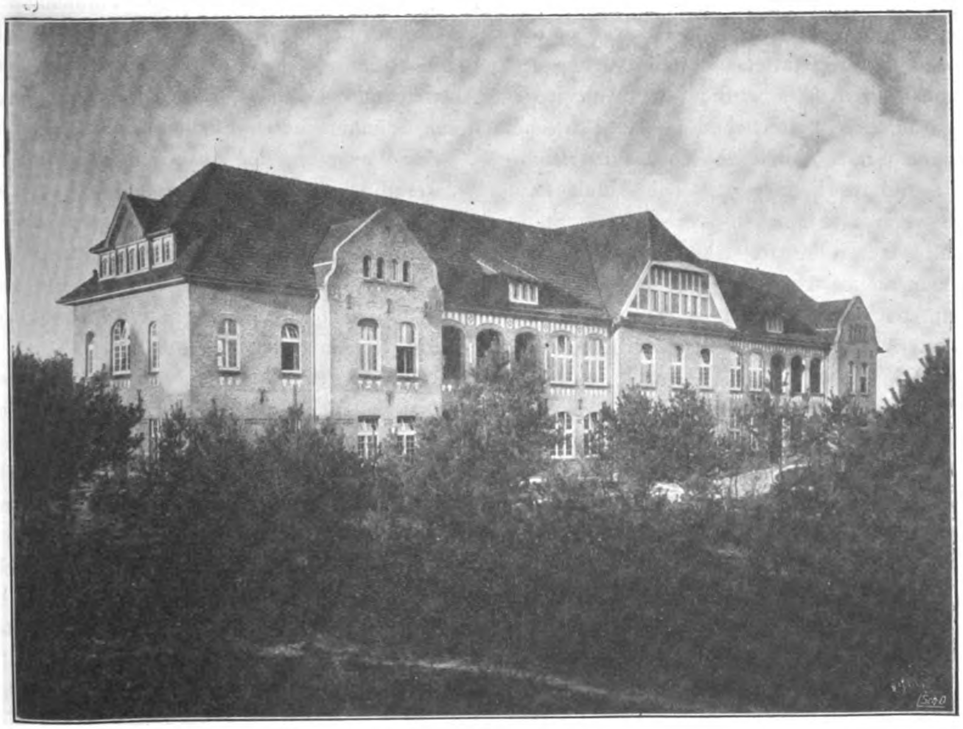


Abb. 9. Siechenhaus.

zentrale entfernt liegen. Das erwärmte Wasser wird mit Pumpen vom Kesselhause aus durch die Gebäude gedrückt, und zwar in zwei getrennten Kreisläufen für die Männerseite und die Frauenseite. Technische Rücksichten zwangen aber dazu, die Möglichkeit vorzusehen, die beiden Hauptstromkreise für das zirkulierende Wasser auf dem Wege zwischen dem Kesselhause und den einzelnen Gebäuden nochmals zu teilen, und von zwei Wasserstationen auf der Männer- und auf der Frauenseite aus noch zwei besondere Kreisläufe des Wassers mit besonderen, in den Stationen aufgestellten Pumpen vorzusehen.

Zur Heizwassererwärmung wird in erster Linie der Abdampf der Dampfmaschinen verwendet. Reicht dieser nicht aus, um die jeweilig notwendige Temperatur zu erzielen, so werden entweder die Heizkessel als Warmwasserkessel betrieben und direkt befeuert, oder es wird reduzierter Hochdruckdampf bis in die Wasserstationen geleitet und hier das Heizwasser durch Niederdruckdampf nachgewärmt.

Die Zuleitung des Dampfes und des Wassers zu den Gebäuden erfolgt durch Röhren in einer Gesamtlänge von 25000 m, die in unterirdischen, teils begehbaren, teils bekriechbaren Kanälen von 3877 m Gesamtlänge verlegt sind.

Die Kochküche ist mit einem großen Herd und zwei Bratöfen für Kohlenfeuerung sowie 20 Kesseln von je 650 l und 6 Kesseln von je 40 l Inhalt zum Kochen von Suppen, Fleisch und Gemüse mittels Niederdruckdampfs ausgestattet. Zur Beseitigung des Schwadens aus der Küche wird in der Mitte jeder Kesselgruppe durch ein freistehendes Rohr frische heiße Luft eingeführt, wodurch der Kochraum gleichzeitig beheizt und ventiliert wird. Die Abluft entweicht durch vergitterte Deckenrosetten. Die Spülküche enthält vier große, freistehende Becken mit je drei Abteilungen aus Duranametall, und der Kartoffelschälraum hat vier Plättchenbehälter mit je vier Abteilungen zum Waschen von Gemüse und Kartoffeln. Außerdem sind in Nebenräumen aufgestellt die zahlreichen, in modernen Großküchenbetrieben üblichen Maschinen, mit Elektromotoren angetrieben, zum Schälen, Reinigen, Zerkleinern, Schneiden von Kartoffeln, Gemüse, Fleisch, Kaffee, Gewürz, Eis usw. Im Kellergeschoß der Kochküche befinden sich der elektrisch betriebene Sauerkrauthobel und dreißig gemauerte Sauerkrautbottiche von je 1000 l Inhalt sowie der Kaffeeröster. Von besonderer Bedeutung für die Anstalt ist die dort ebenfalls aufgestellte Limonadebereitungsmaschine. Da nämlich weder an Kranke noch an das Personal irgendwelche alkoholische Getränke verabreicht werden, so sind bei voller Belegung täglich etwa 3000 Flaschen Limonade erforderlich. Die Herstellungskosten betragen ungefähr 1 Pfennig für die Flasche.

Die Bäckerei besitzt zwei Zweideck-Auszug-Backöfen, zwei Teigknetmaschinen, eine Teigteilmaschine und die sonstigen, in einer modernen Bäckerei üblichen Einrichtungsstücke.

In der Wäscherei, die bei Vollbelegung der Anstalt täglich etwa 3700 Wäschestücke reinigen muß, befinden sich zu diesem Zweck sechs elektrisch angetriebene Waschmaschinen von je 100 kg Wäscheinhalt (Trockengewicht), eine Spülmaschine, sechs Mulden für Handwäscherei, vier Zentrifugen, eine Sechs- und eine Vier-Mulden-Dampfmangel sowie zwei Kastenmangeln und ein Trockenapparat mit 18 Kulissen. Ebenso befindet sich in dem Waschküchengebäude der Desinfektionsraum mit Dampfdesinfektor, Berieselungsapparat und Brausebad für die Bedienungspersonen.

Zum Transport der Speisen, der Wäsche und sonstiger Bedürfnisse, zum Abfahren des Mülles dient eine durch die ganze Anstalt führende Schmalspurbahn in einer Länge von 5000 m, die durch eine feuerlose Lokomotive getrieben wird.

Die Fernsprechanlage der Anstalt hat 95 Sprechstellen.

In einem Werkstättengebäude werden alle für die Zwecke der Anstalt in Betracht kommenden Handwerke unter Leitung bezahlter Meister von den Kranken betrieben, wie Schlosserei, Schmiede und Klempnerei, Anstreicherei, Polsterei, Sattlerei, Schreinerei, Schneiderei, Schuhmacherei, Buchbinderei.

Zur Versorgung der Anstalt mit täglich 1000000 l Wasser dient ein eigenes Wasserwerk und ebenso zur Herstellung des nötigen Eises, besonders zwecks Kühlung des Fleisches, eine eigene Eisfabrik.

Die sämtlichen Abwässer werden (und zwar ohne Trennung) auf Rieselfelder in Größe von 80 Morgen geleitet, wo sie geklärt werden.

Auch in der Beschaffung der Bedürfnisse für die Beköstigung der Kranken soll die Anstalt möglichst auf eigenen Füßen stehen. 120 ha Ackerland und Wiesen gehören zur Anstalt, ebenso 3 Gutshöfe, die Stallungen bieten für 9 Pferde, 10 Ochsen und Stiere, 100 Milchkühe, 100 Stück Zucht- und Jungvieh, und 610 Mast- und Zuchtschweine. Dieser Viehbestand soll den gesamten Milchbedarf der Anstalt, bei voller Belegung 1500 l täglich, den gesamten Bedarf an Milchvieh, den gesamten Bedarf an Schweinefleisch (es sind erforderlich etwa 650 Mastschweine zu je 200 Pfund jährlich, während im ganzen etwa 1000 gemästet werden) und die Hälfte des Bedarfes an



Abb. 10. Haus für Unruhige (mittlerer Typ).

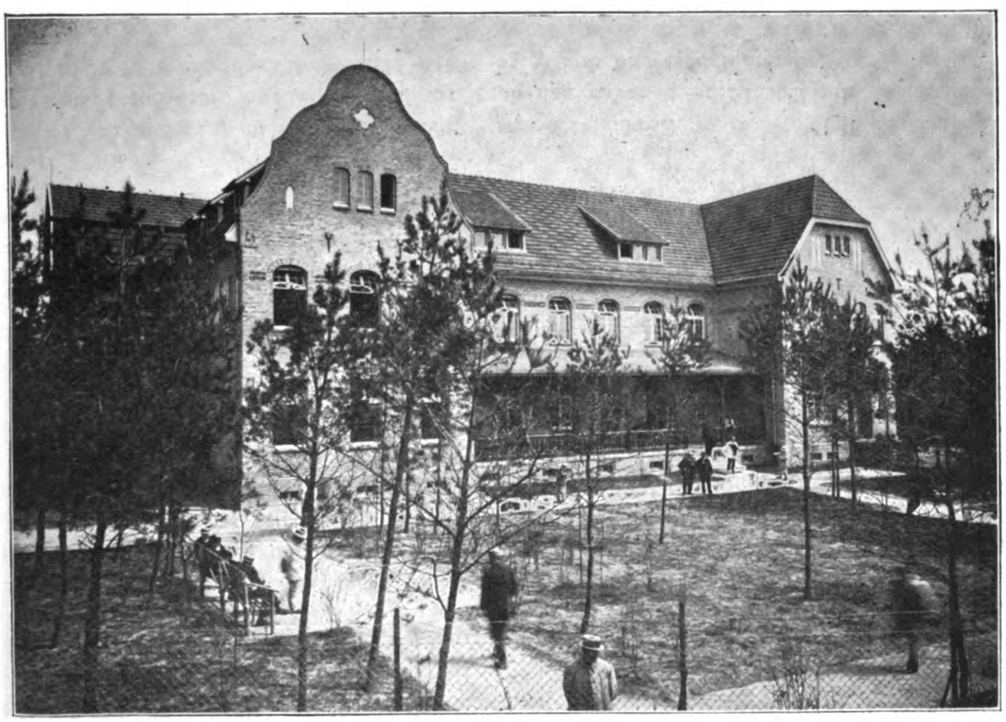


Abb. 11. Halbruhigenhaus.

Rindfleisch decken. Zum Schlachten des Viehs sowie zur Bearbeitung des Fleisches dient ein mit allen modernen Einrichtungen ausgestatteter Schlachthof mit Metzgerei.

Gärtnerei und Treibhaus liefern das Gemüse zum Genuß in frischem Zustande und zum Dörren mittels Dörrapparates bezw. zum Einmachen für den Winterbedarf, ferner die Blumen zum Schmucke der Krankenabteilungen.

Diese ausgedehnten wirtschaftlichen Einrichtungen verbürgen einmal die Versorgung der Anstalt mit guten Lebensmitteln. Dann sollen sie aber vor allem dazu dienen, die Betriebskosten der Anstalt möglichst herunterzudrücken. Es ist z. B. selbstverständlich, daß das Fleisch für die Anstalt billiger wird, wenn das in der Anstalt selbst gemästete Vieh verwendet wird, als wenn das Vieh in der Anstalt zunächst nur gemästet, dann an den Händler und von diesem an den Metzger verkauft und dann von der Anstalt als Fleisch wieder zurückgekauft wird. Auch liegt gerade in der Verbindung der verschiedenen Betriebe miteinander eine Vergrößerung der Wirtschaftlichkeit des einzelnen Betriebes begründet. So bedingt die Verbindung von Heizwerk und Kraftwerk die Verbilligung sowohl der Heizung wie auch der elektrischen Kraft durch Verwendung des Abdampfes der Dampfmaschinen zu Heizzwecken. Die somit relativ billige elektrische Kraft ermöglicht wieder die weitgehende Anwendung elektrischer Motoren und verbilligt den Pumpbetrieb des Wasserwerkes und somit die Wasserversorgung der Anstalt. Hingewiesen sei noch auf den Zusammenhang der Abwässerklärung durch Rieselfelder mit dem Gemüsebau und der Verwertung der Küchenabfälle mit der Schweinemast. Die Fettabfälle der Metzgerei und der Kochküche werden aufgefangen und zur Herstellung von Seife für den Gebrauch der Waschküche verwendet. Vor allem aber ist zu betonen der enge Zusammenhang der wirtschaftlichen Betriebe mit der Beschäftigung der Kranken. Wenn die arbeitenden Kranken — etwa 60% der Gesamtzahl — auch keineswegs vollwertige Arbeitskräfte darstellen, so stehen sie dafür aber auch fast unentgeltlich zur Verfügung.

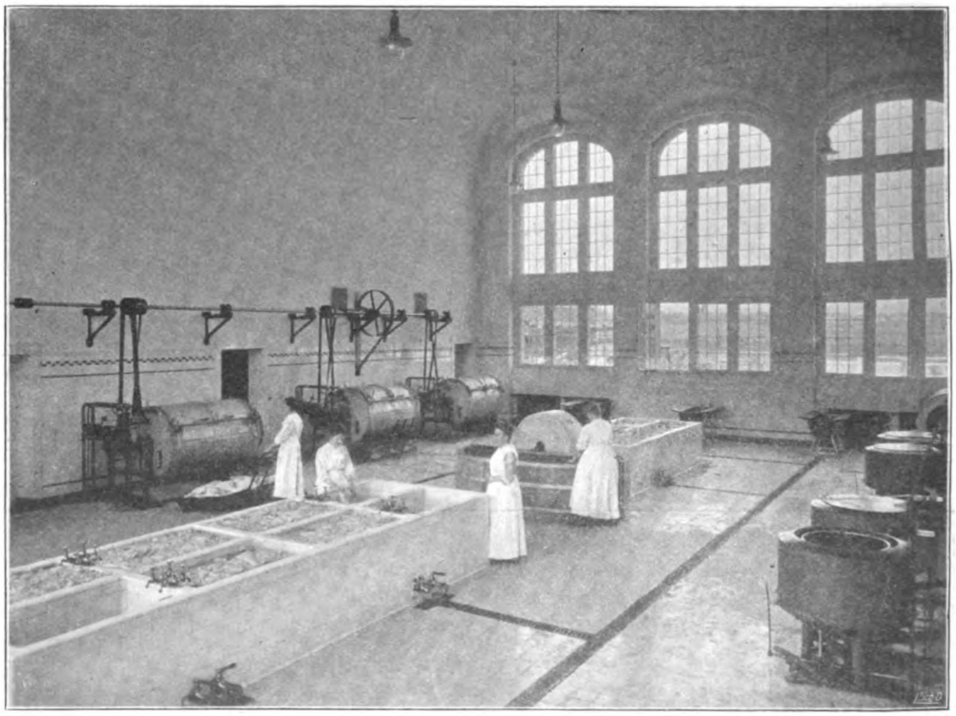


Abb. 12. Waschküche.

Dieser Umstand bedingt in der Irrenanstalt die Rentabilität mancher Betriebe in eigener Regie, woran man bei anderen Krankenanstalten nicht denken würde. Der wesentlichste Vorzug der zahlreichen und verschiedenartigen eigenen Betriebe der Anstalt liegt aber darin, daß dadurch erst eine vielseitige Beschäftigung der Kranken ermöglicht wird. Die Arbeit ist für die Kranken das beste Heilmittel und auch das beste Mittel, um die unheilbaren Kranken

in einem erträglichen und für sie selbst möglichst zufriedenen Zustand zu erhalten. Aber ebenso anerkannt wie diese Feststellung ist, ebenso schwierig ist die Lösung der Frage nach einer geeigneten Beschäftigung für die Kranken. Es stellen sich zwar hier die mannigfachen Arten der sogenannten Hausindustrie zur Verfügung, als da sind: Tütenkleben, Korbflechten, Mattenflechten, Bürstenmachen, Stuhlflechten, Holzschnitzen, Spitzenklöppeln, Teppichknüpfen. Für viele Kranke sind solche Beschäftigungen auch die einzig möglichen und gegebenen, und sie werden deshalb auch in der Anstalt Bedburg gepflegt. Aber zwei Nachteile hat die Hausindustrie, einmal ist sie im allgemeinen unrentabel, wenigstens ist der Verdienst ein ganz minimaler, dann ist aber auch immer ein unbilliger Wettbewerb mit dem freien Gewerbe zu befürchten. Beide Schattenseiten werden vermieden bei Beschäftigung der Kranken in eigenen Betrieben. Auch gewährt das Bewußtsein, eine wirtschaftlich nützliche Arbeit zu leisten, den einsichtigen Kranken eine größere Befriedigung als die vielfach nur als Spielerei anzusehende hausindustrielle Arbeit. Allerdings hat die Beschäftigung der Kranken auch ihre Grenzen. Sie können nicht zu Arbeiten herangezogen werden, die eine besonders große Aufmerksamkeit zur Vermeidung von Gefahren erfordern, und sie sind im allgemeinen nicht bereit, körperlich gar zu schwere Arbeiten auszuführen. Bei solchen Arbeiten müssen daher wiederum in der Anstalt, um Ausgaben durch Bezahlung fremder Kräfte möglichst zu ersparen, Motoren und Maschinen in weitem Umfange angewendet werden.

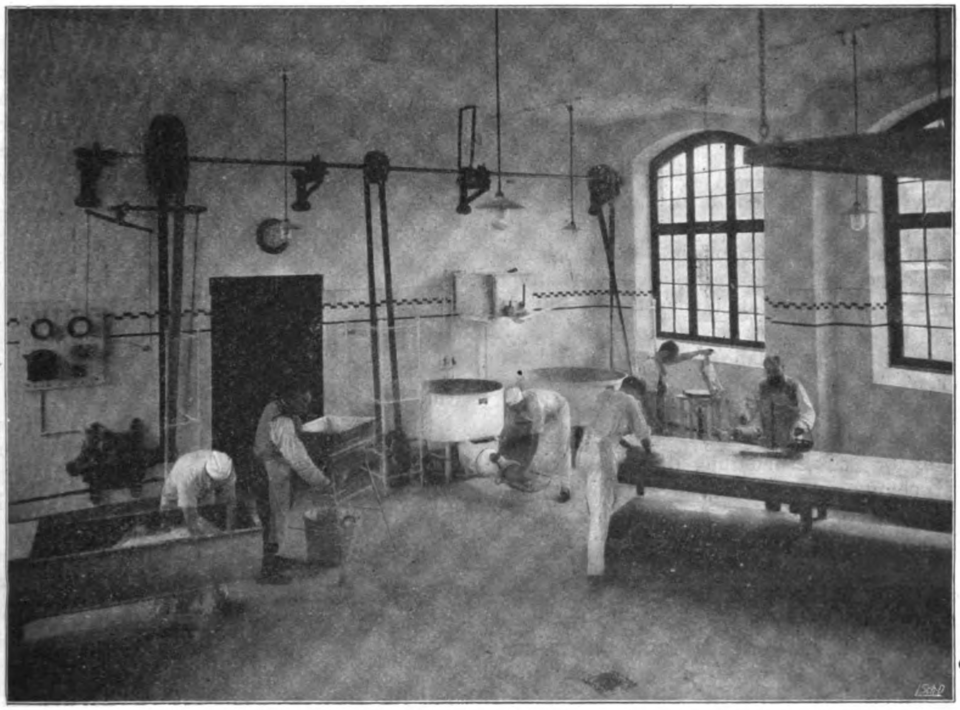


Abb. 13. Bäckerei.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 30. bis 31. Mai 1912. Vorträge.** (Schluß.)

IV. Sitzung, 31. Mai 1912, nachmittags 2 Uhr. Aula der Universität.

Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg: Hamburg hat erst 1864 Friedrichsberg als damals hochmoderne Anstalt errichtet. Gegenwärtig zählen Friedrichsberg und Langenhorn ca. 2900 Kranke, dazu das Hafenkrankenhaus 10 Geisteskranke und das Delirantenhaus in Eppendorf 20 Kranke. Wegen der enorm rasch wachsenden Bevölkerungsziffer, der fluktuierenden

Bevölkerung vor allem im Hafen und anderer Umstände ist ein rasches Fortschreiten der Irrenfürsorge notwendig. Langenhorn bekommt ca. 500 neue Plätze, an eine dritte Anstalt muß gedacht werden, aber auch Friedrichsberg bedarf dringend der Reorganisation: seine veraltete Heizung, Gasbeleuchtung, mangelhaften Bäder usw. müssen alle modernisiert werden. Bei der Frage: Umbau oder Neubau überwogen die Gründe für ersteren. Letzterer wurde allerdings befürwortet durch die lebhafte vorstädtische Umgebung der Anstalt, sowie den mittlerweile hochgestiegenen Geländewert.

Für einen Umbau sprach jedoch folgendes: Für rasche und zweckmäßige Unterbringung Neuerkrankter, besonders Selbstmordverdächtiger, ist die Stadtnähe sehr wichtig; die Angehörigen frischer Fälle wollen leicht zu Besuch kommen können; die Pensionäre 1. und 2. Klasse sollen nicht weit von der Stadt untergebracht sein. Die Anstalt betreibt lebhaft Fortbildungskurse, Physikatskurse, wissenschaftliche Ärzteabende u. dgl. Der Patientenaustausch mit den Allgemeinen Krankenhäusern ist oft segensreich. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die stehenden Gebäude zum größten Teil noch wertvoll sind, und daß im Hamburger Staatsgebiet nur schwierig noch ein Platz für solche Zwecke zu haben ist.

Die Aufgabe ist: Erneuerung der Zentraleinrichtungen, Abschaffung der Überfüllung, Einrichtung besonderer geeigneter Gebäude für die verschiedenen Krankenkategorien.

Das neue Kesselhaus soll elektrische Leitung, Zentralheizung, Warmwasserleitung besorgen, ferner ersteht eine neue Küche, außerdem Verwaltungsgebäude unter Verlegung des Haupteingangs, zwei Werkstättengebäude, Gewächshausvergrößerung mit Aufenthaltsraum.

Abgerissen werden nur die zwei alten Baracken und der Zellenbau.

An neuen Pavillons sind geplant:

1. zwei Häuser für je 65 Unruhige, mit 18 Dauerbädern auf jeder Seite,
2. zwei Lazarette für 70 pflegebedürftige Kranke, mit Dauerbädern, Liegehalle, schiefen Ebenen statt Treppe etc.,
3. zwei Pavillons für unruhige Kranke 3. Klasse,
4. zwei offene Häuser für je 30 Rekonvaleszenten, die vor der Entlassung erst noch bei offener Tür gehalten und beschäftigt werden sollen,
5. Anbau an jedes der beiden Pensionate, mit Badesaal, Tageraum, offener Abteilung,
6. Haus für 30 Jugendliche männlichen Geschlechts.

Die Laboratorien werden bedeutend vergrößert, ferner auch die Wohnungen für Ärzte und besonders für das Personal.

An sich kann bei der Eigenart Hamburgs nicht unter 1500 Kranke gegangen werden, eine hohe Zahl, die aber doch auch gewisse Vorzüge hat, vor allem hinsichtlich der Pflege der Wissenschaft.

Diskussion.

Kolb: Am besten sind wohl für Großstädte Aufnahmestationen von etwa 400 Kranken; die eigenartigen Hamburger Verhältnisse dürfen nicht auf andere übertragen werden. Kleine Anstalten wirtschaften wohl immer billiger. Vor allem aber liegen kleine Anstalten und infolgedessen gute Aussichten auf Beförderung im allgemeinen Standesinteresse, um einen eifrigen und dienstfreudigen Nachwuchs heranzuziehen. Die Stellung auch als „gehobener" Oberarzt befriedigt nicht, jeder Oberarzt erstrebt eine Direktorstelle, und wenn er es nicht tut, so wäre er besser nicht Oberarzt geworden. Große Anstalten sind bedauerlich überall. — (Lebhafter Beifall.)

Fischer: Was soll man mit den alten, veralteten Anstalten anfangen, wenn neue gebaut werden, wie es kommen muß? Es sind so viele kulturelle und soziale Aufgaben zu erfüllen, daß die alten Anstalten hierfür sehr gut verwendet werden können.

Weygandt (Schlußwort): Die Ausführungen der Herren Kollegen Fischer und Kolb kann ich gewiß unterschreiben, daß kleinere Anstalten in vielen, vielleicht den meisten deutschen Landesteilen vorzuziehen sind und vor allem hinsichtlich der irrenärztlichen Laufbahn manches Gute habe. Indes wäre bei einer Forderung von Millionen zur Reorganisation unter gleichzeitiger Verminderung des Krankenbestandes auf ein Drittel aus schwerwiegenden finanziellen Gründen überhaupt nichts zu erreichen gewesen. Hinsichtlich der Frage, was später einmal aus einer endlich doch abzubrechenden Irrenanstalt werden soll, bin ich der Anschauung, daß gerade bei Friedrichsberg, falls es einmal nach 50 Jahren doch verlegt werden müßte, das Gelände ausgezeichnet zu verwerten ist, und zwar nicht nur als wertvoller Baugrund, sondern man wird auch glücklich sein, dann in der volksreichen und dicht bebauten Großstadt noch ein hygienisch geradezu unschätzbares Parkgelände zu besitzen.

Stier-Berlin: „Funktionelle Differenz der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit". Fast alle Menschen sind „einhändig", d. h. sie führen eine Reihe von Bewegungen, die unabhängig von der Erziehung, kompliziert und erlernbar sind, mit der einen Hand sicherer aus als mit der anderen.

Auch bei anderen motorischen Bewegungen findet man eine halbseitige gleichgerichtete Tendenz. Auch bei Mund- und Augenlidbewegungen besteht, wenn auch nur angedeutet, bei den meisten Menschen eine solche halbseitige Tendenz. An einem großen Materiale der deutschen Armee konnte dies nachgewiesen werden.

Eine Hirnhälfte ist also in toto der anderen überlegen, man spricht deshalb am besten von der superioren und der inferioren Hemisphäre. Am größten ist der Unterschied im motorischen Sprachzentrum, etwas kleiner im sensorischen. Im motorischen Zentrum der Hand ist er noch immer sehr bedeutend, bei Bein und Mund geringer und am kleinsten bei den Augenlidbewegungen. Keine Differenzierung besteht dagegen für Sehen, Hören, Kauen, Hypoglossusgebiet und Augenbewegungen. Dies letztere sind aber nun phylogenetisch alte Bewegungen, während

die ersteren mehr menschliche Bewegungen sind, die rein menschlichste, die Sprachbewegung steht zu oberst. Bei Tieren dagegen sind wohl alle Bewegungen r = l.

Die Paläontologie zeigt uns, daß die Differenzierung beim Menschen früher nicht so hochgradig war wie jetzt; auch ontogenetisch zeigt sich diese Entwicklung: die Kinder machen Augen-, Kau- etc. Bewegungen sehr früh, geordnete Greifbewegungen u. a. viel später und zuletzt die Sprechbewegung. Diese Differenzierung zwischen rechts und links nimmt noch nach der Pubertät zu, ja sogar oft noch während der Militärzeit. In der Menschheitsentwicklung und in der des einzelnen geht die Differenzierung parallel, sie ist die Voraussetzung für höhere geistige Leistungen. Bei der Idiotie findet man eine viel geringere Differenzierung, das ist bei der Sprache zwar sehr schwer nachzuweisen; eine Einhändigkeit findet man jedoch bei Schwachsinnigen — ebenso wie bei den Tieren — fast nie. Intelligente Kinder zeigen dagegen sehr früh eine Differenzierung.

Bei hörstummen Kindern findet man 30 bis 50% Linkshändigkeit, man versucht aber meist, sie zur Rechtshändigkeit zu erziehen. Es kann ja wohl manchmal bei kleinen Kindern, wenn die Superiorität der rechten Hemisphäre nicht zu sehr ausgeprägt ist, umgelernt werden, in den Fällen der Hörstummheit ist jedoch wohl meist der Kampf der beiden Hälften um die Superiorität der Grund dafür, daß die Kinder nicht sprechen lernen. Man muß also dafür sorgen, daß die linkshändigen hörstummen Kinder nicht umzulernen brauchen, sondern Linkser bleiben dürfen, dann lernen sie leichter sprechen.

Die Differenzierung der Hirnhälften gegeneinander bildet gewissermaßen die Fortsetzung der Differenzierung der Zentren in der Tierreihe überhaupt. Sie ist vielleicht der Anfang zu einer späteren Weiterentwicklung auch der anderen Hälfte, wahrscheinlicher aber der Beginn eines immer größeren Überwiegens der superioren Hemisphäre.

Diskussion.

v. Grabe: Tiere sind keineswegs immer ambidexter, bei Hunden z. B. findet man sehr oft eine ausgesprochene Bevorzugung einer Seite beim Galoppieren, ebenso auch bei Pferden, oft trotz der Bemühungen einer Dressur.

Gaupp erwähnt intelligente linkshändige Kinder, die sehr leicht sprechen lernten.

Raecke: Bei einzelnen Formen von zerebraler Kinderlähmung besteht Linkshändigkeit, die Kinder bleiben zurück und lernen auch später sprechen. Vielleicht liegt dem der gleiche Vorgang zugrunde wie bei den hörstummen Kindern.

Stier (Schlußwort): Gaupp hat mich mißverstanden, nicht die linkshändigen Kinder als solche lernen später sprechen, sondern nur diejenigen, die nach rechts umlernen sollen.

Fischer-Prag: „Beitrag zur Presbyophreniefrage". Bei Presbyophrenie findet man im mikroskopischen Bilde eigenartige Kugeln, die aus Fädchen zu bestehen scheinen. Vortragender hatte dafür den Namen Sphärotrichie vorgeschlagen. Bei normalen Greisen fehlt diese Erscheinung fast völlig. Es sind keine Kunst- und auch keine Abbauprodukte, wie des näheren nachgewiesen wird.

F. Stern-Kiel: Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Als Situationspsychosen bezeichnet Vortr. in Anlehnung an einen Vorschlag Siemerlings diejenigen psychogenen Erkrankungen der Kriminellen, welche durch weitgehende Abhängigkeit von einer bestimmten Situation ausgezeichnet sind. Am besten entsprechen diese Bedingungen, wie sich an einem Material von 40 Fällen der Kieler Klinik bestätigt fand, jene hysterischen Situationspsychosen, welche meist in Untersuchungshaft ausbrechen und unter dem Bild einer traumhaften Benommenheit oder bis zum Stupor reichenden Hemmung verlaufen. Obwohl sich bei ihnen der hysterische Verlaufstyp an der schnellen Umsetzung seelischer Erregung in Bewußtseinsstörung und in dem zweifellos häufig zugrunde liegenden Krankheitswillen (Bonhoeffer) zeigt, ist zum mindesten eine schärfere Hervorhebung vor anderen hysterischen Erkrankungen notwendig: 1. wegen der nur in einem Bruchteil der Fälle zugrunde liegenden hysterischen Konstitution, 2. wegen der überwiegenden Häufigkeit dieser Erkrankungen bei Kriminellen, 3. wegen der Beziehungen zu den paranoid querulatorischen Hafterkrankungen. Es bestehen nicht nur ätiologische Berührungspunkte, sondern es kommen auch bisweilen beide Verlaufsformen bei demselben Individuum vor. Von praktischer Wichtigkeit ist, daß die hysterischen Situationspsychosen häufig unter dem Bilde katatoner oder epileptischer Erkrankungen verlaufen.

(Autoreferat.)

Bischoff-Hamburg: Untersuchungen über das mittelbare und unmittelbare Zahlengedächtnis. Um eine einfache allgemein orientierende klinisch-psychologische Methode zur Prüfung der Gedächtnisleistungen bei Gesunden und Kranken zu gewinnen, bediente sich Vortr. einfacher vorgesprochener Zahlen als Reiz. Die untersuchte Person hat die Aufgabe, diese Zahlen zunächst sofort, dann nach einer Minute ohne Ablenkung, dann nach einer Minute mit Ablenkung nachzusprechen. Es wird nun die Anzahl der Ziffern der richtig nachgesprochenen Zahl registriert, so daß man eine dreistellige Zahl als Darstellung der Leistungen erhält. Als richtig nachgesprochen gilt eine Zahl, die bei fünf Reizgebungen dreimal richtig reproduziert ist. Die Methode prüft eine umschriebene Gedächtnisleistung; nur insofern Störungen dieser Leistungen charakteristisch für eine bestimmte Geisteskrankheit sind, kommt ihr differentialdiagnostischer Wert zu; auch ihr Ergebnis darf nur mit den Ergebnissen der andern Untersuchungsmethoden zusammen verwertet werden; dann stellt sie wohl bei relativ sehr großer Exaktheit und einer großen Handlichkeit der Anwendung und der Registriermöglichkeit die einfachste unserer klinisch-psychologischen Methoden dar. Bei der Anwendung von Fehleruntersuchungen gestattet sie auch eine sehr weitgehende Analyse dieser Erscheinungen. Das war ein wichtiger Grund für die Wahl der Zahl an Stelle der Ziffern als Reiz, da die Zahl eine weit bessere Charakterisierung und Lokalisierung der Fehler ge-

stattet. Die Fehler ließen sich vorteilhaft einteilen in: 1. Auslassungsfehler. 2. Hinzufügungsfehler. 3. Stellungsfehler: a) vollkommene, b) unvollkommene. 4. Freie Fehler. 5. Iterationsfehler: a) Interiteration, b) Intraiteration. — Einfache Iteration, stereotype Iteration. — Vieregge (Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1908) hat gemeinsam mit dem Vortragenden und nach dieser von ihm gegebenen Anordnung die hauptsächlichsten Pychosengruppen untersucht und die Resultate veröffentlicht. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden an der Viereggeschen Tabelle demonstriert. (Autoreferat.)

Goldstein-Königsberg: „Über die zentrale Aphasie". Gegenüber der dezentralisierten Organisation des Sprachapparates, den die klassische Aphasielehre ihren Erklärungsversuchen der aphasischen Störungen zugrunde legt, vertritt G. die Annahme eines zentralen Assoziationsfeldes, das der eigentliche Träger der Sprache ist. Um dieses zentrale Sprachfeld gruppieren sich eine Reihe von Nebenapparaten, die dem Sprachfelde die sensorischen Anregungen zuführen oder die Ausführung der vom Sprachfelde gegebenen Direktiven übernehmen. Außerdem steht das Sprachfeld in Beziehung zum übrigen Gehirn, in dem die „räumlich-sachlichen" psychischen Erlebnisse zustandekommen. Die Beeinträchtigung der Nebenapparate resp. ihrer Beziehungen zu anderen Hirnteilen schafft die sogen. reinen Krankheitsbilder der Aphasielehre (reine Worttaubheit, reine Alexie, Agraphie, reine Wortstummheit). Die Affektion des zentralen Sprachfeldes führt zur zentralen Aphasie. G. erörtert zunächst die Zusammensetzung des zentralen Sprachfeldes, wie es sich auf Grund psychologischer Überlegungen ergibt und legt dann dar, wie durch diese Annahme zunächst eine Reihe aphasischer Symptome, die der klassischen Lehre immer große Schwierigkeiten bei der Erklärung geboten haben und die auch bisher zum Teil kaum einwandfrei erklärt worden sind, durch seine Anschauung eine relativ einfache Erklärung finden. Die Paraphasie, die verschiedenen Störungen des Nachsprechens, die sensorischen Sprachstörungen bei der motorischen Aphasie, die verschiedenartigen Schreib- und Lesestörungen, schließlich die amnestische Aphasie. Alle diese Störungen erklären sich durch eine Beeinträchtigung der Funktion des zentralen Sprachfeldes. Sie kommen in ihrer Gesamtheit als einheitliches Krankheitsbild vor, das G. als zentrale Aphasie bezeichnet und das folgende Symptomatologie aufweist: Fast völlige Aufhebung des Sprechens oder Paraphasie bei leidlichem Erhaltensein des Reihensprechens, schwere Störung des Nachsprechens eventuell völliges Fehlen desselben, geringe Beeinträchtigung des Sprachverständnisses, Paralexie, Störungen des Leseverständnisses, Paragraphie, Beeinträchtigung des Buchstabierens und Buchstabenzusammensetzens eventl. amnestische Aphasie.

Das Symptomenbild entspricht etwa dem der sogen. Leitungsaphasie. Die einzelnen Symptome entsprechen bis zu einem gewissen Grade verschiedenen hohen Graden der Beeinträchtigung eines Assoziationsapparates. Das zeigt sich in ihrem Auftreten resp. ihrem Verschwinden bei progredienten resp. sich-restituierenden Affektionen. Dies wird an einzelnen Fällen demonstriert. Die einzelnen Symptome treten bei einer progredienten Affektion in ziemlich regelmäßiger Reihenfolge auf und klingen bei der Restitution in umgekehrter Reihenfolge ab. — Anatomisch ist für das zentrale Sprachfeld die Inselrinde in Anspruch zu nehmen. Es gibt jedenfalls keine Beweise gegen diese Annahme. Die vorhandenen Sektionsbefunde sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit dafür. Den Hauptwert seiner Anschauungen, die nur eine Anwendung seiner allgemeineren Anschauungen über den Aufbau des Gehirnes sind, sieht G. darin, daß sie veranlassen, von dem üblichen schematischen Untersuchungsmodus abzugehen und zwingen, jeden Fall als psychologisches Problem zu betrachten und zu analysieren. (Autoreferat.)

Wanke: „Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit". W. referiert über die einschlägigen Verhandlungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Das psychologische Moment wird zu wenig berücksichtigt, die Frage gehört vor das Forum der Psychiatrie. (Erscheint als Original in ds. Wochenschr.)

Glüh-Hamburg-Friedrichsberg demonstriert 14 Abgüsse von mikrozephalen Schädeln, die auf der Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 im Original ausgestellt gewesen sind, ferner Gipsbüsten und Modelle von Mikrozephalen, dazu das Modell der Zwergin Fatma; er gibt eine kurze Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage der Mikrozephalie.

Von den 14 Trägern der Mikrozephalie, deren Schädelabgüsse gezeigt werden, sind sechs Fälle im Alter von 5 bis zu 23 Jahren, unter diesen ein männliches, drei weibliche Individuen; bei zwei Fällen wurde die Angabe des Geschlechtes vermißt. Fälle über 25 Jahre sind von den 14 Fällen drei Fälle im Alter von 31 bis zu 46 Jahren, bei fünf Fällen fehlte die Angabe des Alters. Unter den letztgenannten acht Fällen sind zwei männlichen, vier weiblichen Geschlechtes, bei zwei Fällen fehlt jede Angabe über Alter, Name und Geschlecht.

Als geringster Schädelumfang wurde ein solcher von 30 cm bei der 23jährigen Nana festgestellt; der Schädelinhalt dieser war gleichfalls der geringste unter sämtlichen Mikrozephalen; er betrug 240 ccm.

Der Vortragende konstatiert, daß in keinem der 14 Schädel eine vollständige Verknöcherung aller Nähte vorhanden war, wohl eine teilweise. Er geht dann auf Schädelmessungen und Schädeluntersuchungen ein, sodann auf die Körperlänge und das Körpergewicht, er betont die Wichtigkeit dieser neben der Nachprüfung des Alters und Geschlechtes der Träger der Mikrozephalie.

Im Anschluß an die Demonstration der Zwergin Fatma bespricht Vortragender die Nanozephalie und Nanosomie und reiht die Nana der Mikrozephalie ein, die Fatma rechnet er dieser nicht zu auf Grund der Maße des Körpers und des Schädels bezw. Kopfes bei Berücksichtigung ihres Alters und Geschlechtes. (Autoreferat.)

1. Juni. Besichtigungen der Irrenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn, Neustadt i. H. und der Idiotenanstalt Schwerin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Baden.** Nachdem bisher beim Ausbau der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz in ärztlichen Fragen der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, Medizinalrat Dr. Max Fischer, mitgewirkt hatte, ist nunmehr Medizinalrat Dr. Leopold Oster, II. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Konstanz ernannt worden, um die Bauleitung in allen ärztlichen Dingen zu beraten und die Vorbereitungen für die Inbetriebnahme der neuen Anstalt im Herbst 1913 in Angriff zu nehmen.

— **Schleswig** (Provinzial-Idiotenanstalt). Dr. Grabow, bisher Hilfsarzt der Prov.-Irrenanstalt in Neustadt in Holstein, ist am 1. August d Js. als Hilfsarzt hier eingetreten.

Quittung über die

Beiträge für die Möbiusstiftung.

Für das zum Besten der Möbiusstiftung in Leipzig versandte Schriftchen sind bis zum 22. August die in nachstehender Quittung aufgeführten Beträge eingegangen. Den Herren Gebern verfehle ich nicht, dafür den herzlichsten Dank zum Ausdruck zu bringen. Quittung über die weiter eingehenden Beiträge wird im Oktober erfolgen. Dr. Bresler.

Quittung

über die Beiträge, welche bis zum 22. August 1912 für die Möbiusstiftung eingegangen sind

	M.
Dr. Alter, Geh. San.-Rat, Leubus	1,—
„ Bleuler, Prof., Zürich	20,—
„ Böhmig, Nervenarzt, Dresden	5,—
„ Bott, Direktor, Bamberg	3,—
„ Barth, San.-Rat, Naunhof	0,75
„ Campbell, Oberarzt, Dresden	1,—
„ Dietz, Oberarzt, Gießen	1,—
„ Dubbers, San.-Rat, Allenberg	3,—
„ Epstein, Direktor, Budapest	2,—
„ Ungenannt, Buch	1,—
„ Emmerich, prakt. Arzt, Ostrau	1,—
„ Encke, Direktor, Ückermünde	1,—
„ Erck, Oberarzt, Herborn	1,—
„ Ermisch, Oberarzt, Treptow a. R.	3,05
„ Fabricius, Geh San-Rat, Düren	5,—
„ Friedländer, Prof., Hohemark	5,—
„ Fries, Geh. San.-Rat, Nietleben	5,—
„ Flatau, Oberarzt, Dresden	1,—
„ Ungenannt, W.	2,—
„ Fränkel, San.-Rat, Lankwitz	3,—
„ Freisler, Landesausschußbeisitzer, Brünn	0,85
F. F., in Elberfeld	100,—
„ Gericke, Geh. San-Rat, Berlin	1,—
„ Gerlach, Med.-Rat, Königslutter	3,—
„ Gerlach, Geh. Med.-Rat, Münster i. W.	10,—
„ Hock, kgl. Direktor, Bayreuth	1,50
„ Horstmann, San.-Rat, Stralsund	3,—
„ Hänel, Nervenarzt, Dresden	2,05
„ Hallervorden, Zehlendorf	1,05
„ Hartwich, Abt.-Arzt, Lengerich	3,—
„ Jenz, Med.-Rat, Schwerin	2,—
Übertrag:	192,25

Übertrag:	192,25
Dr. Kahlbaum, Direktor, Görlitz	10,—
„ Klüber, kgl. Anstaltsarzt, Erlangen	1,—
„ Karrer, Med.-Rat, Klingenmünster	3,—
„ Kayser, Geh. San.-Rat, Dziekanka	3,—
„ Kirchhoff, Prof., Schleswig	0,75
„ Krimmel, Med.-Rat, Zwiefalten	2,—
„ Lauenstein, Direktor, Hedemünden	10,—
„ Lehmann, Direktor, Lindenhof bei Coswig	5,—
„ Ungenannt, Z.	1,05
„ Landerer, San.-Rat, Göppingen	1,—
„ Lange, Direktor, Jerichow	2,—
„ Marthen, Oberarzt, Landsberg (Warthe)	1,—
„ Mercklin, San.-Rat, Treptow a. R.	3,—
„ M. in A.	1,—
„ Neuberger, Prof, Langenhorn	4,—
„ Nitsche, dirig. Arzt, Dresden	1,—
„ Ungenannt, Geh. Reg.-Rat, P.	0,75
„ Otto, San.-Rat, Herzberge	1,—
„ Paetz, Geh. San.-Rat, Altscherbitz	5,—
„ Peretti, Geh. San.-Rat Prof., Grafenberg	1,—
„ Prinzing, Direktor, Kaufbeuren	1,—
„ Rein, Oberarzt, Landsberg (Warthe)	1,—
„ Ranke, Direktor, Obersendling	1,—
„ Rehm, Hofrat, Neufriedenheim	1,—
„ Renvers, von, Landeshauptmann, Düsseldorf	2,—
„ Rohde, kgl. Oberarzt, Zehlendorf	2,05
„ Roßbach, Oberarzt, Hubertusburg	2,—
„ R., Oberarzt, L.	3,—
„ Ringer, Direktor, Budapest	5,—
„ Schmidt, Nervenarzt, Dresden	3,—
„ Stegmann, Nervenarzt, Dresden	2,—
„ Schmidt, Geh. San.-Rat, Sorau	1,—
„ Schmidt, Oberarzt, Sorau	1,05
„ Schmidt, San.-Rat, Leipzig	1,50
„ Schnitzer, dirig. Arzt, Kückenmühle	3,—
„ Schröder, Anstaltsarzt, Altscherbitz	2,—
„ Serger, San.-Rat, Strelitz	1,—
„ Snell, Direktor, Herborn	0,75
„ T. in L.	1,—
„ Vocke, Med.-Rat, Eglfing	3,—
„ Vogler, Deggendorf	1,—
„ Ungenannt, Oberarzt, W.	2,—
„ Werner, Oberarzt, Heppenheim	1,—
„ Werner, Oberarzt, Buch	1,—
„ Weiß, Reg.-Rat, Klosterneuburg	0,85
Konferenz der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Tapiau	10,—
Anstalten: Frankenthal	1,50
Potsdam	0,75
Owinsk	0,75
Friedrichsberg	0,75
Summe	**305,75**

Vorstehenden Betrag von 305,75 M. haben wir von Herrn Oberarzt Dr. Bresler für die Möbiusstiftung erhalten.

Leipzig, am 24. August 1912.

Der Rat der Stadt Leipzig.
Stiftungsamt.
Dr. Weber.

Außerdem überweist die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. als Reinertrag aus dem Absatz des Werkes „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten" der Möbiusstiftung M. 645,— (im vorigen Jahre wurden von derselben Verlagsbuchhandlung M. 1000,— überwiesen).

Anmerkung bei der Korrektur.

Seit 23. August bis zum Schluß dieser Nummer gingen ein von:

Dr. Bernard, Godeshöhe	2,—
Präsident von Nestle, Stuttgart	1,—
„ Camerer, Med.-Rat, Stuttgart	1,—
„ Schlöß, Reg.-Rat, Direktor, Wien	1,70
„ Volland, Bethel	2,—
„ Schmidt, Oberarzt, Wuhlgarten	1,—
Ungenannt, San.-Rat, N.	5,—
„ Glas, Oberstabsarzt, München	2,—
„ Fabinyi, Oberarzt, Budapest	3,—
„ Krause, Oberstabsarzt, Berlin	3,05
Ungenannt, Prof., Berlin	0,75

Auch hierfür herzlichsten Dank den Herren Gebern!

Dr. Bresler.

Weitere Spenden willkommen.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Weitere Arbeiten über Typhus.

Ditthorn*) hat das Verhalten des Typhusbazillus zu verschiedenen Zuckerarten, und zwar von ca. 50 bis 60 vorher genau geprüften und gereinigten Typhusstämmen, in der bekannten Barsiekow-Traubenzuckerlösung geprüft und gefunden, daß das Verhalten der verschiedenen Typhusstämme im Barsiekow-Traubenzucker ein ganz unregelmäßiges und wenig konstantes ist. Die Nutrose spielte dabei keine Rolle. Nur bei Dulzit und Isodulzit verhielten sich die Typhusstämme in der Nichtbeeinflussung des Zuckers ziemlich gleichartig. Bei der Prüfung von Paratyphus A- und B-Stämmen mit Dulzitpräparaten (Kahlbaum und Merck) ergab sich, daß Paratyphus A die Koagulation bezw. Fällung gar nicht oder so verspätet brachte, daß er hierdurch deutlich vom Paratyphus B unterschieden werden konnte.

Michaelis**) wies darauf hin, daß die Kaseinfällung nicht ohne weiteres ein Maßstab für das Säurebildungsvermögen der Bakterien sei, da der Gehalt an Phosphaten in den Nährböden von Einfluß sei.

Neufeld***) betonte ebenfalls, daß die Barsiekowschen Nährböden kein zuverlässiges Differenzierungsmittel seien.

Trillat und Fouassier†) wiesen nach, daß Typhus- und Kolibazillen sich im Wasser, das Fäulnisgase enthält, viel besser entwickeln und länger halten.

O. Steiger-Zürich††) veröffentlichte Mitteilungen „über die Bedeutung der Verminderung des Fibrins, der mangelhaften Retraktilität des Blutgerinnsels und der Abnahme der Blutplättchen in der Diagnose des Typhus abdominalis“. Diese drei Symptome sollen bei Typhuskranken gleichzeitig mit der Leukopenie und der Agglutinationsreaktion auftreten oder sich häufiger schon früher als letztere einstellen.

„Über die bakteriologische Typhusdiagnose auf Grund von neueren, in der praktischen Typhusbekämpfung gesammelten Erfahrungen“ berichtet Gaehtgens*) aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie zu Straßburg i. E. Die Angaben der früheren Autoren über die Häufigkeit der Befunde von Typhusbazillen in Sputum, Rachen (Angina typhosa, Pharynxgeschwüre) und auf der Zungenschleimhaut waren sehr widersprechend. In dem genannten Institut wurden dahingehende Untersuchungen ausgeführt; es wurde Tonsillen- und Rachensekret und Zungenbelag auf Typhusbazillen untersucht. Bei 31 Typhuskranken gelang der Nachweis nur zweimal, und zwar bei Patienten mit Rachengeschwüren, bei vier anderen mit Rachengeschwüren war er negativ; einmal gelang er aus dem Tonsillenabstrich bei einem Typhuskranken mit Lungengangrän, wobei die Typhusbazillen auch im Sputum nachgewiesen wurden. Auf der Zunge wurden sie nicht gefunden. Immerhin legen die Bazillenbefunde in den Rachengeschwüren peinliche Mundpflege als unbedingtes Erfordernis wirksamer Typhusprophylaxe nahe; sie sind epidemiologisch nicht zu unterschätzen. Auch der Auswurf soll desinfiziert werden; als hierzu geeignet wird das Antiformin (Uhlenhuth) bezeichnet. — Der Prozentsatz der positiven Resultate der Agglutinationsprobe in der ersten Woche war sehr hoch, nämlich 89%, in der zweiten Woche 81, in der dritten Woche 100%. Der Bazillennachweis mittels Venenblutkultur gelang in der ersten Woche in 100%, in der zweiten in 75%, in der dritten in 20% der Fälle, in den Fäzes gelang er in der ersten Woche in 71%. Es hat sich ergeben, daß bei höherer Außenwärme, zumal bei längerem Transport der Fäzes, die Typhuskeime durch die übrigen Darmbakterien überwuchert und so dem Nachweis entzogen werden können. Durchschnittlich war der Befund in den Fäzes bei 52% positiv (erste Woche 71%, zweite Woche 44%, dritte Woche 50%). — Für die Praxis und die Schnelldiagnose kommen diese Methoden immerhin weniger in Betracht, da die Patienten nur zu $^2/_3$ der Fälle in der ersten Woche in Behandlung kamen und Blutproben nur in der Hälfte der Fälle eingesandt wurden. Was in dieser Hinsicht sich tatsächlich am zweckmäßigsten erweist, hat Gaehtgens an einem Material von 528 in den Jahren 1908 bis 1910 untersuchten Typhusfällen festzustellen sich bemüht. Danach „muß die Gruber-Widalsche Reaktion hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit für die praktische Typhusbekämpfung am höchsten gestellt werden.“ Sie eignet sich vortrefflich auch zur Frühdiagnose, da sie in der ersten Woche in 84% positiv ausfiel. — Der Nachweis durch Züchtung der Kultur mit Venenblut gelang in der ersten Woche bei 84%, in der zweiten bei 60%, in der dritten bei 56%, in der vierten bei 38%. Bei Züchtung aus Blutgerinnsel waren die entsprechenden Zahlen: 34, 27, 29,8%.

---

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 523.

**) Ebenda.

***) Ebenda.

†) Compt. rend. de l'acad. des sciences, 1912, Nr. 12. Einfluß der im Wasser gelösten Gase auf die Lebensfähigkeit der Mikroben. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 950.

††) Med. Klinik, 1912, Nr. 16. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 907.

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 296.

Wenn irgend möglich, sollte daher die Venenblutkultur in der ersten Woche ausgeführt werden. Aber auch die Fäzesuntersuchung gibt so gute Resultate, daß sie in der praktischen Typhusbekämpfung nicht vernachlässigt werden soll; in manchen Fällen war sie positiv, wo die gleichzeitige Agglutinationsprobe und Blutzüchtung negativ ausgefallen waren; Gaehtgens bezeichnet daher die weitere Vervollkommnung dieser Methode als durchaus wünschenswert. — Auffallend ist, daß während die Typhuskeime in den Fäzes der lebenden Typhuskranken häufig gefunden werden, bei den Leichen Typhuskranker der Bazillennachweis im Rektum mißlingt, im Duodenum und Jejunum befinden sich auch in der Leiche zahllose Keime, im Ileum schon weniger. Grund ist die Überwucherung der Typhusbazillen durch Kolikeime bei längerem Liegen der Leiche; unmittelbar nach dem Tode lassen sich die Typhusbazillen noch im Rektum nachweisen. Wichtig ist es also, Fäzes, die nicht zu lange im Darme stagniert haben, alsbald nach der Entleerung und in reichlicher Menge zur Untersuchung zu verwenden.

Unter 528 Typhusfällen konnte in 442 = 84% die klinische Diagnose durch die erste bakteriologische Untersuchung bestätigt werden; bei weiteren 59 Fällen gab die wiederholte Untersuchung noch ein positives Resultat, zusammen also 95%. 27 = 5% der untersuchten Fälle wurden nicht bestätigt.

In seinen „Vergleichenden Untersuchungen über die Agglutination von Bakterien der Typhus-Koligruppe und Dysenteriebazillen durch die homologen und heterologen Immunsera" geht W. Gaehtgens*) von einem aus einer Fäzesprobe gezüchteten atypischen Typhusstamm aus, der durch das anfängliche Fehlen von Beweglichkeit und durch die starke Agglutinierbarkeit durch Y-Serum anfangs der Diagnose Schwierigkeit bereitete, aber nach wiederholten Agarüberimpfungen deutliche Beweglichkeit und Agglutination durch verschiedene Typhusimmunsera bis zur Titergrenze, jedoch Herabsetzung der Agglutination durch Y-Serum zeigte; immerhin blieb letztere bei den verschiedenen angewandten Y-Seren eine sehr beträchtliche. Die Prüfung des Verhaltens anderer Typhus- und verwandter Stämme gegenüber den gleichen Ruhrseris lehrte nun, daß die hohe Mitagglutination der obigen Typhuskultur durch Dysenterie-Y-Immunsera auf einer allen frisch gezüchteten Typhusstämmen zukommenden Eigenschaft beruht, dagegen alte, häufig überimpfte Laboratoriumskulturen das gleiche Verhalten weniger ausgesprochen und regelmäßig erkennen lassen. In dieser Richtung liegen auch die von Kuhn, Gildemeister und Woithe erhobenen Befunde. Entsprechend den Beobachtungen von Schroeter und Gutjahr, wonach gerade frische Y-Stämme von Typhusserum oft nicht unbeträchtlich mitagglutiniert werden können, fand Gaehtgens ähnliches bei Y-Stämmen, die nicht weiter gezüchtet worden waren, wenn auch nicht in schon endgültig entschiedener Weise. Nach Gaethgens muß man mit der Tatsache rechnen, „daß es atypische Y-Stämme gibt, welche der Beeinflussung durch Typhusserum in höherem Grade zugänglich sind als typische Y-Kulturen und die auch ihrerseits eine reichlichere Produktion von Nebenagglutininen für Typhusbazillen im Tierkörper veranlassen können." Man soll daher für die Herstellung von Typhus- und Ruhrimmunseris zu diagnostischen Zwecken nur alte, häufig übergeimpfte Laboratoriumskulturen verwenden. Für Y-Bazillen sei zu bestimmen, ob die betreffende Kultur eine besondere Empfindlichkeit gegenüber Typhusserum aufweist. Auch die Typhus- und Dysenterie-Y-Krankensera ließen eine meist deutliche, bei frisch gezüchteten Stämmen stärker hervortretende Beeinflussung der heterologen Bakterien erkennen, so daß auch hierbei alte, häufig übergeimpfte Laboratoriumskulturen für die Agglutinationsprüfung zu verwenden sind.

Nachdem L. Michaelis 1911 (Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 21, woselbst auch die theoretische Grundlage und Methode geschildert ist) die Ergebnisse seiner Untersuchungen über Agglutination von Bakterien durch Säuren veröffentlicht hatte, wobei sich herausgestellt hat, daß ein ganz bestimmter, durch Wasserstoffionenkonzentrationen zu messender Grad von Ansäuerung dem Optimum der Agglutination entspricht, das für die einzelnen Bakterienarten charakteristisch ist und daher als Hilfsmittel zu ihrer Identifizierung herangezogen werden kann, haben H. Schidorsky und W. Reim*) diese Methode nachgeprüft, hauptsächlich auf die Untersuchung von Stuhlgängen Wert legend. Sie sind „zu der Überzeugung gekommen, daß die Säureagglutination besonders bei der Typhusdiagnose und bei der Untersuchung auf Typhusbazillendauerausscheider eine recht brauchbare Ergänzung unserer bisherigen bakteriologischen Untersuchungsmethoden bedeutet. Sie stellt eine Art orientierender Agglutination dar, deren positiver oder negativer Ausfall gewissermaßen einen Fingerzeig dafür gibt, was wir vom Endresultat der bakteriologischen Untersuchung in dem betreffenden Falle zu erwarten haben. Bei der Einfachheit der Methode und dem rascheren Eintritt des Ergebnisses als bei dem bisher üblichen Gange der Untersuchung dürfte die Reaktion Aussicht haben, sich einzubürgern und einen Teil der bisherigen Methoden überflüssig zu machen." Bei Kolitis mit bakteriologisch nachgewiesener Reinkultur vom Bakterium koli war die Säureagglutination negativ, wie dies auch Michaelis angegeben hatte. — Auch bei Paratyphus B wurde Säureagglutination beobachtet. Bezüglich Dysenterie und Gärtner-Bazillus sind die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen noch widersprechend.

Nach Neufeld und Lindemann**) (bezw. nach Schlemmer) sind serumfeste Typhusstämme viel häufiger, als man früher annahm. Empfindlichkeit und Festigkeit der einzelnen Stämme geht ab-

*) Zeitschrift für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie, XII. Bd., 6. Heft, 1912.

*) Die prakt. Verwendung der Säureagglutination der Bakterien (nach L. Michaelis). Deutsch. med. Wochenschrift 1912, 13. Juni. S. 1125.

**) Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 1480.

solut nicht parallel im bakteriziden Plattenversuch, im Agglutinations-, im Phagozytose- und im Pfeifferschen Versuch. Nach Händel*) können sich Paratyphusstämme bei der Mutation Gärtner- bezw. Typhusstämmen auch serologisch nähern.

Von einer Enteritis anaphylactica als Symptom der Überempfindlichkeit, neben den Symptomen: krampfartige Erscheinungen, Apathie, Blutdrucksenkung, Steigerung der Stickstoff-Ausfuhr berichten A. Schittenhelm und W. Weickardt-Erlangen in ihrer Mitteilung: „Eiweißumsatz und Überempfindlichkeit" (Ztschr. f. exp. Pathol. und Therap., Bd. 11, Heft 1. Ref. in Deutsch. med. Wochenschr. 1912, S. 1509). Es handelte sich um die Wirkung mehrmaliger intravenöser Injektion von Eiereiweiß bei Kaninchen und Hunden. Bazillus-Koli und Typhusbazilleneiweiß wirkten bei letzteren (nicht bei Kaninchen) schon bei erstmaliger Injektion sehr stark unter Erzeugung von Schlaffheit, Krämpfen, Vermehrung der Stickstoffausfuhr und Enteritis.

(Fortsetzung folgt.)

*) Ebenda.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr 823.

Nr. 23. 7. September **1912/13.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus der St. Joseph-Heilanstalt zu Berlin-Weißensee.

Sanatogen bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

Von Nervenarzt Dr. med. *Rudolf Topp*, dirigierendem Arzte der Anstalt.

Wenn wir die Legionen der Nährpräparate und Stärkungsmittel überschauen, welche die chemische und pharmazeutische Industrie der letzen 20 Jahre dargestellt und in den Handel gebracht hat, so fällt uns dabei in erster Linie das Bestreben der Technik auf, eine möglichst hohe Zahl von Nähreinheiten in einer der Quantität nach möglichst wenig umfangreichen Form zusammenzudrängen, um so dem Organismus die nötige Kalorienzahl in konzentriertester Form zuzuführen. Die Zukunftprognose der Phantasieromantiker, daß dereinst jeder Mensch seine tägliche Nahrung in Pillen und dergl. Form in der Westentasche bei sich führt, ist damit, wenn sie ja auch zum Glück in dieser extremen Weise sich nie realisieren läßt, doch der Verwirklichung bedenklich näher gerückt. Ich sage bedenklich, denn vom Standpunkte der Ernährungsfrage des gesunden, pathologisch nicht veränderten Organismus scheint mir ein derartiges Bestreben doch recht wenig ersprießlich und sehr diskutabel zu sein. Es ist ein physiologisch-biologisches Grundgesetz, daß jedes Organ und jeder Teil eines Organes sowohl wie der Organismus, aus der Einzelheit seiner Organe zusammengesetzt, genau die Tätigkeit im vollen Umfange ausüben muß, um sich auf der Höhe der Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu halten, die von den Naturgesetzen ihnen bestimmt und vorgeschrieben ist. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß eine allzustarke Konzentration einerseits, Resorbierbarkeit und Assimilationsfähigkeit eines Präparates andererseits den gesamten Verdauungskanal nur in einem geringen Teile seiner bei Mensch und Tier doch so gewaltigen Ausdehnung in Anspruch nehmen würde und damit der gesamte übrige Teil desselben von jeder Tätigkeit ausgeschaltet und in der Folge unweigerlich der Verkümmerung, wie jeder nicht in richtiger Form und Ausdehnung arbeitende Körperteil, unterliegen würde.

Ganz anders dagegen liegen die Verhältnisse, wenn wir es mit pathologischen Veränderungen des Stoffwechsels zu tun haben, wenn vor allem die Tätigkeit des Verdauungstraktus krankhaft alteriert ist und dadurch die Verarbeitung und Ausnutzbarkeit der zugeführten natürlichen Nahrungsmittel beschränkt bezw. fast aufgehoben ist. Hier sind die künstlichen Nähr- und Kräftigungspräparate von unleugbarem Nutzen. Selbstredend allein für sich gegeben, werden sie wohl nur in den wenigsten Fällen genügen, um die Stoffwechselbilanz zu decken, während sie, den jeweiligen Anforderungen des Falles entsprechend, mit anderen Nahrungsmitteln kombiniert, vielfach äußerst segensreich wirken.

Die Kunst des erfahrenen Arztes zeigt sich vor allem darin, aus der Fülle des Gebotenen das unter konkreten Verhältnissen Passende auszuwählen und in geeigneter Weise und für die richtige Zeitdauer anzuwenden. Naturgemäß wird der eine Arzt diesem, der andere jenem Präparat den Vorzug geben, je nachdem er mehr oder minder günstige Resultate mit ihnen erzielt hat. So gibt es wirklich gute und brauchbare Nähr- und Kräftigungsmittel, die trotz dieser Eigenschaften nur von wenigen anerkannt und in Anwendung gezogen werden. Andere wieder erfreuen sich allgemeiner Beliebtheit, wobei allerdings die Gefahr nahe liegt, daß ihre Verordnung häufig mehr schematisch als individualisierend geschieht.

Von den zahlreichen Eiweißpräparaten der modernen Medizin ist besonders das von der Firma Bauer & Cie. dargestellte Sanatogen seit einer Reihe von Jahren bekannt und beliebt. Eine äußerst zahlreiche Literatur liegt über dieses Nährmittel bereits vor. Bei Schwächezuständen aller Art und auf der Basis der verschiedensten krankhaften Störungen beruhend ist es erprobt und die gewonnenen Erfahrungen sind durchweg günstige, zum Teil direkt überaus erfreuliche gewesen. Ausschlaggebend für seine Wirkung ist der so sehr hohe Gehalt an Eiweißstoffen in Verbindung mit 5% glyzerinphosphorsaurem Natrium. Nahezu der gesamte Eiweißgehalt des Sanatogens wird resorbiert nicht nur bei normaler, sondern, wie die Prüfung einer Reihe Autoren bewiesen hat, auch bei geminderter Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane, ein Faktum von ganz besonderer Bedeutung, das dem Sanatogen seine Überlegenheit über eine große Anzahl anderer Eiweißpräparate verschafft hat. Besonders die Versuche von Hoppe haben dieses Verhalten einwandsfrei nachgewiesen und zwar nicht nur bei Darreichung per os, sondern auch bei Zuführung durch den Mastdarm. Im ersteren Falle werden nach genanntem Autor 97,45—97,76%, im letzteren 77—81% des Sanatogens resorbiert. Dadurch wird dem Körper eine sehr bedeutende Stickstoffmenge zugeführt. Von hervorragender Wichtigkeit sind die gleichzeitig in den Kreislauf gelangenden Verbindungen der Phosphorsäure, die das Sanatogen in der Form von glyzerinphosphorsaurem Natrium zu 5% enthält. Es ist eine allgemein feststehende Tatsache, daß die Gehirn- und Nervensubstanz einen bestimmten Gehalt an Phosphor besitzt und besitzen muß. Eine Verminderung dieses Phosphorgehaltes ruft sicher Störungen der Funktion des zentralen und peripheren Nervensystems hervor, während eine reichliche Anwesenheit belebend auf die gesamte Nerventätigkeit einwirkt. (N. Zorn.)

Zu dieser günstigen Verdauungs-, Resorptions- und Assimilationsfähigkeit, welche das Sanatogen besitzt, kommt hinzu, daß es im ganzen von den Kranken gern genommen wird und nachweislich frei von jeden üblen oder störenden Neben- und Nachwirkungen ist. Man gibt es nach meinen Erfahrungen am besten als Zusatz zu Suppen, Milch und Gemüsen, deren Geschmack es kaum verändert. Die Anwendungsform von P. Meißner, der es mit Wasser unter Zusatz von etwas Zitronensäure verrührt nehmen läßt, habe auch ich als brauchbar und zweckmäßig befunden. Für besonders empfindliche Personen, denen das Sanatogen in vorstehender Weise dargereicht auf die Dauer nicht zusagt, ist von den herstellenden Werken eine Modifikation geboten worden: „Sanatogen mit Aroma", wobei dem im übrigen unveränderten Präparate ein geringer Zusatz von terpenfreiem Zitronenöl zugesetzt ist. Ich habe nur in seltenen Fällen von letztgenannter Modifikation Gebrauch gemacht, da das ursprüngliche Präparat nur vereinzelt refüsiert wurde.

Ganz allgemein kann ich auf Grund meiner zahlreichen Prüfungsfälle sagen, daß der Stoffwechsel, der bei Nerven- und Geisteskrankheiten oft so besonders schwer geschädigt ist, durch die Darreichung von Sanatogen durchweg nach der günstigen Seite gefördert wird. Der Appetit nimmt meistens schnell zu, der Hämoglobingehalt des Blutes und die Anzahl der roten Blutkörperchen zeigen eine deutliche Steigerung, das Körpergewicht hebt sich, mit alledem tritt eine fast in allen Fällen nachweisbare subjektive und objektive Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die Krankheit wird, wenn überhaupt der Heilung zugänglich, schnell zur Genesung geführt; aber auch bei an sich unheilbaren Erkrankungsformen wird die Widerstandskraft des Organismus im Kampf mit der Grundkrankheit auf das günstigste beeinflußt, und so der ungünstige Ausgang wenigstens in die weitmöglichste Ferne gerückt.

Gerade bei den Geisteskrankheiten ist die Ernährungsfrage von eminenter Bedeutung, dabei bietet sie hier oft besondere Schwierigkeiten, weil die häufig total erschöpften oder unter Einfluß von Vergiftungsideen stehenden, oder in psychomotorischen Hemmungszuständen befindlichen Patienten der Nahrungsaufnahme vielfach passiven und aktiven Widerstand entgegensetzen. In solchen Fällen habe ich das Sanatogen als Zusatz zu flüssiger und weichbreiiger Nahrung mit Schlundsonde eingeführt, bezw. als Beigabe zu Nährklistieren per Mastdarm verordnet. Die günstige Einwirkung auf die Hebung des Kräftezustandes hat mich stets aufs neue veranlaßt, zu unserem Präparate meine Zuflucht zu nehmen.

Im ganzen habe ich das Sanatogen im Laufe der Jahre bisher in ca. 120 Fällen versucht, ausschließlich bei Erkrankungsformen aus den Gebieten der Psychiatrie und Neuropathologie. Ehe ich auf eine Reihe besonders markanter Fälle im einzelnen eingehe, kann ich schon jetzt sagen, daß das Präparat nur in sehr wenigen Fällen (nach meinen Notizen in 14) — es handelte sich hier um bereits im tiefsten körperlichen Verfall befindliche Paralytiker, die durchweg schon kurze Zeit später, nachdem mit der Darreichung des Sanatogens begonnen war, zum Exitus kamen — ganz versagte. In allen andern Fällen war die Wirkung gut, zum Teil hoch erfreulich, wenn auch naturgemäß, wie schon oben bemerkt, bei an sich unheilbaren Krankheitsformen nur von einer vorübergehenden, allerdings meist lange Zeit anhaltenden

Besserung des gesamten Kräfte- und Ernährungszustandes die Rede sein konnte.

Reizerscheinungen auf Magen und Darmtraktus habe ich in keinem Falle beobachtet; auch bei nachweisbar gestörten Verdauungsverhältnissen wurde das Präparat gut und ohne Schwierigkeiten vertragen. Dreimal täglich ein Kaffee- bis Eßlöffel voll war die Quantität, die ich angewendet habe; über letztere Menge bin ich niemals hinausgegangen.

Aus der oben erwähnten Anzahl der von mir mit Sanatogen behandelten Fälle möchte ich nun folgende als besonders instruktiv hervorheben. Weitaus die meisten habe ich in der geschlossenen Anstalt behandelt und beobachtet, was für die Beurteilung der Wirkung m. E. besonders wichtig ist, da nur bei Kranken, die Tag und Nacht unter genauer Aufsicht stehen, deren gesamte Lebensführung nach der Minute geregelt ist, der Einfluß diätetischer und therapeutischer Maßnahmen mit möglichster Sicherheit zu beurteilen und zu schätzen ist. Bei Patienten der offenen Anstalt und der Privatpraxis sind eben noch allerlei Faktoren zu berücksichtigen, die sich der genauen Kontrolle des Arztes entziehen.

Fall 1. I. O., Steinsetzmeister, 42 Jahre alt, Paralysis progressiva, bei Aufnahme hochgradig abgemagerter Mann, bei einer Größe von 1,77 m Körpergewicht 54 kg. Hämoglobingehalt 61 %, Zahl der roten Blutkörperchen 3 172 000, ausgebreiteter Dekubitus in der Kreuzbeingegend. Nahrungsaufnahme spontan unmöglich, da Schlucklähmung besteht. Patient muß mit Schlundsonde durch die Nase gefüttert werden; er erhält ein Nährgemisch von Milch und Eiern in einer Gesamtmenge von ½ Liter Flüssigkeit dreimal täglich. Jedesmal wird dieser Nahrung außer einem kleinen Glase Portwein ein Eßlöffel voll Sanatogen beigefügt. Als er nach etwa einer Woche besser zu schlucken vermag, wird dieselbe Nahrung mit Löffeln weiter gereicht. Es tritt eine auffallend schnelle Hebung des Appetits und der Körperkräfte ein. Innerhalb 42 Tagen steigert sich bei gleichbleibender Nahrung das Körpergewicht um 11 kg, der Hämoglobingehalt beträgt nach dieser Zeit 64,3 %, die roten Blutkörperchen haben sich auf 3 942 000 vermehrt.

Nach Aussetzen des Sanatogenzusatzes läßt, trotzdem die Milchzufuhr jeweilig auf 1 Liter erhöht wird, der Appetit bald wieder nach, die Kräfte gehen erheblich zurück, das Körpergewicht sinkt binnen einer Woche um 2 kg. Nach Wiederdarreichung von Sanatogen in vorgenannter Weise tritt sofort Steigerung des Hungergefühls, des subjektiven Wohlbefindens und des Körpergewichts ein. — Noch in Behandlung; Sanatogen wird mit gewünschtem Erfolge weiter gegeben.

Fall 2. P. L., 18 Jahre alt, Kaufmann, Katatonie, Stupor, Negativismus. Patient körperlich sehr heruntergekommen, seit Wochen absolute Nahrungsverweigerung, nahm nach Angabe der Angehörigen nur ab und zu bei Darreichung einige Tropfen Wasser. Körpergröße 1,71 m, bei Aufnahme Gewicht 48 Kilo, Hämoglobingehalt 71 %. Zahl der roten Blutkörperchen 3 332 000. Sondenernährung Milch, Ei, Wein dreimal täglich mit Zusatz von je einem Eßlöffel voll Sanatogen. Das Gewicht sinkt in der ersten Woche noch um 1,5 kg, dann tritt mit Abklingen des Stupors eine mächtige Steigerung des Appetits ein. Patient beginnt spontan Nahrung zu nehmen, erhält jedoch, da bei dem hastigen Herunterschlingen feste Nahrung ab und an erbrochen wird, oben genanntes Nährgemisch weiter. Rapide Zunahme des Körpergewichtes, innerhalb 6 Wochen um 16 kg. Hand in Hand damit geht eine fortschreitende Besserung des psychischen Zustandes, sodaß Patient in der achten Woche zwar mit einem deutlichen geistigen Defekt, sonst aber vom Anfall geheilt auf Antrag der Eltern entlassen wurde. — Seit einem halben Jahr besteht der gute Zustand fort. Das Sanatogen wird zuhause weiter genommen, das Körpergewicht beträgt z. Zt. nach einer von mir in den letzten Tagen vorgenommenen Feststellung 71 kg, der Hämoglobingehalt 83 %, die Zahl der Erythrocyten ist auf etwas über 4 Millionen gestiegen.

Fall 3. A. K., 42 Jahre alt, Offizier a. D., Tumor cerebri. Die Krankheit besteht manifest etwa seit ¾ Jahren. In dem letzten Vierteljahr erheblicher Rückgang des bis dahin leidlichen Ernährungszustandes, häufiges Erbrechen, Durchfälle, schnelles Sinken des Körpergewichtes. Bei der Aufnahme beträgt letzteres bei dem 1,69 m großen Patienten 60 kg, während es vor 3 Monaten nach Angaben des Bruders noch ca. 78 kg betragen haben soll.

In der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes erhält Patient zunächst einige Wochen hindurch nur schleimige Suppen mit Zusatz von Kufekemehl, bis das Erbrechen und die Durchfälle sistiert waren. Dann wird zu weichbreiigen Speisen übergegangen, denen zunächst dreimal täglich ein Teelöffel voll Sanatogen zugesetzt wird. Da Patient diese Nahrung gut bei sich behält, weder erneutes Erbrechen noch erneute Durchfälle auftreten, wird die beigefügte Sanatogenmenge nach und nach auf 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll erhöht. Das Körpergewicht steigt langsam, aber stetig, in 3 Monaten um 9 kg. Der Hämoglobingehalt, der zu Anfang 74 % betrug, stieg während dieser Zeit auf 76 %. Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigte gegen den Anfangsbefund keine nennenswerte Veränderung. Patient wurde einer chirurgischen Klinik überwiesen, wo er sich z. Zt. noch befindet. Eine Operation hat noch nicht stattgefunden, jedoch soll sich, wie ich auf Anfrage erfuhr, das Körpergewicht bei Beibehaltung der Sanatogendarreichung noch weiter gehoben haben.

Fall 4. G. L., 46 Jahre alt, Dr. phil., Lues cerebri. Infektion nach eigener Angabe vor ca. 5 Jahren. Manifestierung der Hirnkrankheit seit ca. 1 Jahr, eingeleitet durch einen apoplektischen Insult mit rechtsseitiger Hemiplegie, die als mäßige Parese der rechten oberen und unteren Extremität noch fortbesteht. Deutliche Intelligenzabnahme, Herabsetzung der Merkfähigkeit, periodisch auftretende Verwirrtheitszustände, bald mit manischer, bald mit depressiver Stimmungslage sind die besonders hervortretenden psychischen Erscheinungen. Körperlich besteht der außergewöhnlich kräftig gebaute Mann bei der Aufnahme sozusagen nur noch aus Haut und Knochen, diffuser Dekubitus. Anfangsgewicht des 1,70 m großen Patienten 53,2 kg, Hämoglobingehalt 51 %, Zahl der roten Blutkörperchen 2 123 000, Patient ist im Laufe der Jahre wiederholt spezifisch mit Einreibungs- und Spritzkuren behandelt, hat auch vor etwa ½ Jahr eine Salvarsankur ohne nennenswerte Einwirkung auf den Krankheitszustand durchgemacht. Der Patient, der auch eine leichte Schlucklähmung zeigt, erhält zunächst weichbreiige Nahrung, welcher dreimal täglich ein Eßlöffel voll Sanatogen zugesetzt wird. Schon nach Verlauf einer Woche ist subjektiv und objektiv eine Hebung des sehr daniederliegenden Appetits und des Kräftezustandes zu konstatieren. Nach Verlauf von bisher 6 Wochen ist eine Gewichtszunahme von 5,5 kg zu verzeichnen, die Zahl der roten Blutkörperchen ist auf 2 836 000 gestiegen, der Hämoglobingehalt auf 52 %. Patient fühlt sich ungleich wohler und kräftiger und führt dieses selbst auf die Verordnung des Sanatogens zurück. Befindet sich noch in Behandlung.

Fall 5. R. K., 62 Jahre alt, Marine-Oberstabsarzt a. D., Melancholie auf der Basis von Arteriosklerose des Gehirns. Patient, bei der Aufnahme außerordentlich ängstlich erregt, glaubt, er solle für begangene Verbrechen hingerichtet werden und zwar durch Gift. Infolgedessen verweigert er seit Wochen absolut jede Nahrung und ist körperlich sehr stark abgemagert und heruntergekommen. Nach Angabe seines Bruders soll Patient im Laufe des letzten Vierteljahres an 30 kg an Gewicht verloren haben. Das Anfangsgewicht des sehr großen, 1,79 m, und kräftig gebauten Mannes beträgt 64,3 kg. Bettruhe, Opium, Sondenernährung. Der flüssigen bezw. weichbreiigen Nahrung wird zunächst 3 mal täglich 1 Teelöffel, im Verlaufe von 14 Tagen allmählich ansteigend 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll Sanatogen beigemengt. Allmähliches Abklingen des Angstaffektes, Zurücktreten der Vergiftungsideen, damit Leichtergestaltung der Nahrungszufuhr; Patient läßt sich mit

dem Löffel füttern und nimmt nach etwa vierwöchiger Anstaltsbehandlung spontan Nahrung zu sich. Sanatogendarreichung weiter fortgesetzt. Schnelle Hebung des Appetits, das Körpergewicht steigt rapide an, nach viermonatiger Behandlung beträgt dasselbe 76,2 kg.

Bei Aussetzen der Sanatogendarreichung tritt, trotzdem die sonstige Ernährungsweise völlig gleichbleibend fortgeführt wird, ein Rückgang des Appetits und innerhalb 14 Tagen ein Sinken des Körpergewichtes von 1,9 kg ein. Es wird daher erneut Sanatogen verordnet und bald ist das vorher erzielte Gewicht wieder erreicht. Nach achtmonatiger Behandlung wird Patient mit einem Entlassungsgewicht von 81,7 kg vom Anfall geheilt entlassen.

Fall 6. A. T., 48 Jahre alt, Appreteur-Meister. Angstpsychose (Wernicke). Ausbruch der Erkrankung im Anschluß an einen schweren Unglücksfall, von dem Patient in seinem Werke Augenzeuge war. Heftige ängstliche Erregung, motorische Hyperkinese. Patient, der an dem Unglücksfall völlig unschuldig war, glaubt, er solle deswegen hingerichtet werden. Ueberall wittert er Gift und verweigert daher hartnäckig jede Nahrung. Körperlich sehr verfallen und hinfällig. Das Gewicht des 1,68 m großen Mannes beträgt bei Aufnahme 45 kg. Bettruhe, Opium, prolongierte Bäder. Patient setzt der Ernährung mit Schlundsonde heftigen Widerstand entgegen, sodaß die ersten 2 Wochen die Nahrungszufuhr mittels Nährklysmen erfolgen muß. Nach der Vorschrift von Damman wurden letztere aus 20 g Sanatogen, 250 g Milch, einer Messerspitze Kochsalz und 1 Eßlöffel voll Kufekemehl zusammengesetzt und dieses Nährgemisch unter jeweiliger Beifügung von 10 Tropfen Opiumtinktur 3 mal täglich in den Darm eingegossen. Trotz des andauernd mächtigen Erregungszustandes gelang es, das Körpergewicht damit nicht nur auf seinem Anfangsstatus zu halten, sondern sogar innerhalb der genannten Zeit um 1,2 kg in die Höhe zu bringen. Nach Ablauf der zweiten Woche glückte es, zur Sondenfütterung überzugehen, die ungefähr 4 Wochen lang durchgeführt werden mußte. Auch hierbei wurde dem jeweiligen Nährgemisch 3 mal täglich ein Eßlöffel voll Sanatogen beigefügt. Nach 4 Wochen war das Körpergewicht auf 52,1 kg gestiegen. — Trotz des andauernden Angstaffektes wurde der Patient gegen dringenden ärztlichen Rat von den Angehörigen aus der Anstalt herausgenommen und verübte zuhause bereits am folgenden Tage Suicid durch Halsabschneiden.

Fall 7. M. S., 22 Jahre alt, Schauspieler. Dementia praecox hebephrenica. Vorgeschrittener Schwachsinn, wechselnd manische und depressive Stimmungslage. Bei Anstaltsaufnahme depressive Phase, die nach Angabe des Vaters ca. 6 Wochen besteht. Innerhalb genannter Zeit hat Patient fast gar keine Nahrung zu sich genommen, nur etwa $^1/_4$ Liter Milch und einige Glas Wasser täglich. Patient ist sehr abgemagert, das Körpergewicht des mittelgroßen jungen Mannes beträgt nur 43,9 kg. Muß mit Löffel gefüttert werden, zeigt anfangs heftigen Widerwillen gegen jede Nahrungszuführung, der nur mit gütlichem Zureden und sanftem Zwange überwunden werden kann. Es wird zunächst nur flüssige, weiterhin weichbreiige Nahrung gereicht unter Zusatz von 4 mal täglich 1 Teelöffel, bis 3 mal täglich 1 Eßlöffel ansteigend, Sanatogen.

Nach wenigen Tagen stellt sich lebhaftes Hungergefühl ein, Patient beginnt spontan zu essen. Das Körpergewicht, der Kräftezustand heben sich zusehends. Bei Beibehaltung der Sanatogendarreichung wird im Laufe von 3 Monaten eine Steigerung des Körpergewichtes um 12,1 kg erzielt. Gebessert entlassen.

Fall 8. A. V., 44 Jahre alt, Krankenwärter. Querschnitts-Myelitis. 1,68 m groß, Gewicht bei Aufnahme 57,4 kg. Seit Monaten nach anamnestischen Angaben erheblicher Kräfteverfall und Rückgang des Körpergewichts. Genaue Daten sind nicht zu eruieren. Patient hat bei Aufnahme direkt Heißhunger-Symptom. Trotzdem und trotz reichlicher Nahrung sinkt das Körpergewicht ohne nachweisbare Ursache in den ersten drei Wochen bis auf 54,6 kg. Hämoglobingehalt und Anzahl der Erythrocyten weist um diese Zeit keine besondere Abweichung von der Norm auf. Es wird nun begonnen, der jeweiligen Nahrung 3 mal täglich einen Teelöffel voll Sanatogen zuzusetzen, welche Verordnung im Laufe von 14 Tagen auf 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll Sanatogen erhöht wird. Hebung des Appetites, des allgemeinen Ernährungs- und Kräftezustandes ist unverkennbar. Das Körpergewicht steigt innerhalb letztgenannter Zeit um 2,3 kg und hebt sich bei Beibehaltung der Sanatogendarreichung innerhalb 6 Monaten um 9,1 kg. Patient befindet sich noch in Behandlung.

Fall 9. G. P., 40 Jahre alt, Dienstmann. Paranoia originaria. Manifeste Erkrankung seit etwa neun Monaten. Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen im Krankheitsbilde vorherrschend. Patient verweigert die Nahrung, muß mit Löffel gefüttert werden. Gewicht bei Aufnahme bei einer Körpergröße von 1,69 m 53 kg. Hämoglobingehalt 69,2%, Zahl der Erythrocyten 3 212000. Weichbreiige Nahrung, der 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll Sanatogen zugesetzt wird. Steigerung des Körpergewichtes innerhalb 6 Monaten auf 74,9 kg, des Hämoglobingehaltes auf 76,3%. Die Zahl der roten Blutkörperchen dagegen zeigt nach Ablauf dieser Zeit keine nennenswerte Aenderung. Gebessert entlassen.

Fall 10. M. H., 43 Jahre alt, manisch-depressives Irresein. Bei Aufnahme depressive Phase. Nach anamnestischen Angaben vierter Anfall der Erkrankung, die in der depressiven Stimmungslage jeweilig mit völliger Anorexie, erheblichem Gewichtsverlust und allgemeinem Kräfteverfall verbunden ist. Es wird nach Aufnahme sofort zur Sanatogendarreichung geschritten und dieses letztere Präparat in der Form des „Sanatogen mit Aroma" der Milch beigemengt. Die Mischung wird gern genommen. Nach wenigen Tagen stellt sich Hungergefühl ein. Patient, der bis dahin nur mit Widerstreben ernährt werden konnte, verlangt spontan Nahrung, ißt von da ab sehr reichlich und verlangt selbst nach der jedesmaligen Mahlzeit das Sanatogen, welches einfach mit Wasser verrührt als Nachspeise 3 mal täglich ein Eßlöffel voll gereicht wird.

Wie in allen andern Fällen wird ein sehr schnelles Ansteigen des Appetites, des Körpergewichtes und damit des allgemeinen Kräftezustandes erzielt. Mit Hebung des Ernährungszustandes Hand in Hand gehend Abklingen der depressiven Affektlage. Patient wird nach Ablauf von 8 Monaten mit einem Plus an Körpergewicht von 21,3 (!) kg gegenüber dem Anfangsgewicht geheilt entlassen.

Fall 11. E. R., 21 Jahre alt, Epilepsie, Bestehen der Erkrankung seit der Pubertätszeit. In den letzten 4 Wochen vor Aufnahme stark gehäufte Anfälle, nach Angabe der Angehörigen durchschnittlich 2—3 täglich, Brombehandlung seit Jahren ohne nennenswerten Erfolg, Daniederliegen des Appetits, stark deprimierte Stimmungslage, Suizidideen. — In der Anstalt Verordnung von Bettruhe, 4 mal täglich eine Tablette Eleptin. Dazu besondere Aufmerksamkeit auf gute Ernährung des sehr erschöpften und in seinem Körpergewicht zurückgegangenen Kranken. 3 mal täglich 1 Eßlöffel voll Sanatogen in Milch verrührt. — Zunahme des Körpergewichtes im Verlaufe von 4 Monaten um 12,9 kg; mit Steigerung des subjektiven und objektiven Kräftezustandes tritt hoffnungsfrohere Stimmung ein, die bis heute ohne nennenswerte Aenderung angehalten hat. Die Anfälle sind bedeutend seltener geworden; innerhalb der letzten 6 Wochen ist nur ein einziger ausgeprägter Anfall eingetreten. Noch in Behandlung.

Fall 12. F. K., 47 Jahre alt, prakt. Arzt. Angstpsychose (Wernicke). Patient hat kurz vor Anstaltsaufnahme Suizid-Versuch durch Oeffnung der Pulsadern gemacht. Aetiologie der Erkrankung unbekannt, vielleicht auf vorzeitige Sklerose der Gehirnarterien zurückzuführen. Patient, der vordem außergewöhnlich korpulent (bei einer Größe von 1,68 m Körpergewicht 94,3 kg) gewesen sein soll, hat in letzter Zeit nach Mitteilung seiner Wirtschafterin kaum noch Nahrung zu sich genommen, weil er überall Gift witterte. Elend und verfallen wird er aufgenommen mit einem Anfangsgewicht von 69,5 kg; muß mit Löffel gefüttert werden, nimmt nur mit heftigem Widerstreben die Nahrung zu sich. Lebhafte Täuschung des Gesichts- und Geruchs-Sinnes. Behauptet stets, man wolle ihn mit Arsen, Strychnin, Blausäure vergiften, pfundweise würden diese Dinge der Nahrung zugesetzt.

Symptomatische Behandlung: Bettruhe, Dauerbäder, Opium, Sanatogenzuführung mit der Nahrung 3 mal täglich einen gehäuften Eßlöffel voll. Mit Nachlaß des Angstaffektes deutliche Steigerung des Appetits, Ansteigen des Körpergewichtes langsam aber stetig im Verlaufe von 3 Monaten bis auf 79,3 kg.

Sanatogen wird der Probe halber ausgesetzt. Trotz gleichbleibenden psychischen Zustandes merklicher Rückgang des Appetits, Sinken des Körpergewichtes innerhalb 3 Wochen

um 2,7 kg. Nach Wiedererreichung der vorgenannten Sanatogenmenge erneutes Ansteigen von Appetit und Körpergewicht. Patient wird nach vierzehnmonatigem Anstaltsaufenthalte mit einem Schlußgewicht von 95,4 kg (also einem Plus von 1,1 kg gegenüber dem höchsten Außengewicht) vom Anfall geheilt entlassen.

Fälle 13, 14, 15. I. W., 46 Jahre alt, Bergmann. Poliomyelitis chronica. — F. L., 32 Jahre alt, Bergassessor. Syringomyelie. — G. W., 48 Jahre alt, Oberstleutnant im Großen Generalstabe. Amentia. Vorstehende Patienten namentlich in den letzten Monaten im Ernährungs- und allgemeinen Kräfte-Zustande erheblich reduziert. Appetit und Nahrungsaufnahme eher gesteigert. Alle drei erhalten 3 mal täglich einen Eßlöffel voll Sanatogen mit Südwein verrührt. Das Präparat wird gern genommen und ruft bei allen in kurzer Zeit auffallendes Hungergefühl hervor. Daß dieses letztere nur auf das Sanatogen zu beziehen ist, ergibt sich daraus, daß bei allen dreien mit der probeweisen Aussetzung des Sanatogens trotz gleichbleibender sonstigen Ernährung der Appetit bald wieder sinkt und bei erneuter Sanatogenzuführung sich die vorhergehende Hebung bald wieder zeigt. — Zunahme des Körpergewichtes bei vorgenannten Kranken innerhalb der Beobachtungszeit von 6 Monaten um 4,1 bis 11,3 kg.

Es würde zu weit führen, wenn ich alle die übrigen Fälle, in denen ich das Sanatogen mit durchweg gutem, zum Teil außerordentlich erfreulichem Erfolge verwandte, ausführen wollte. Besonders dankbar hat es sich mir bei solchen Erkrankungen bewiesen, welche in einzelnen Schüben verlaufen. Einen besonderen Wirkungsunterschied bezüglich akuter und chronischer Krankheitsformen habe ich gegenüber anderen Beobachtern nicht feststellen können.

Ich kann mich auf Grund gewissenhafter Prüfung den vielen vorhergehenden Untersuchern nur voll und ganz anschließen und das Sanatogen als ein sehr schätzenswertes und empfehlenswertes Hilfsmittel bei der Behandlung primärer und sekundärer Schwächezustände infolge von Nerven- und Geisteskrankheiten empfehlen.

Denkschrift zur Feier der Eröffnung der achten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve).

(Fortsetzung.)

Es liegt im öffentlichen Interesse und auch im Interesse der Arbeitsfreudigkeit und der Fortbildung der an der Anstalt tätigen Ärzte, daß Gelegenheit zu wissenschaftlicher Arbeit an der Hand des reichen Krankenmaterials der Anstalt geboten wird. Die wissenschaftlichen Zwecken dienenden Einrichtungen befinden sich im Verwaltungsgebäude und im Leichenhause. In letzterem sind alle erforderlichen Räume und Einrichtungen zur wissenschaftlichen Sektion der Leichen vorhanden, während das Verwaltungsgebäude

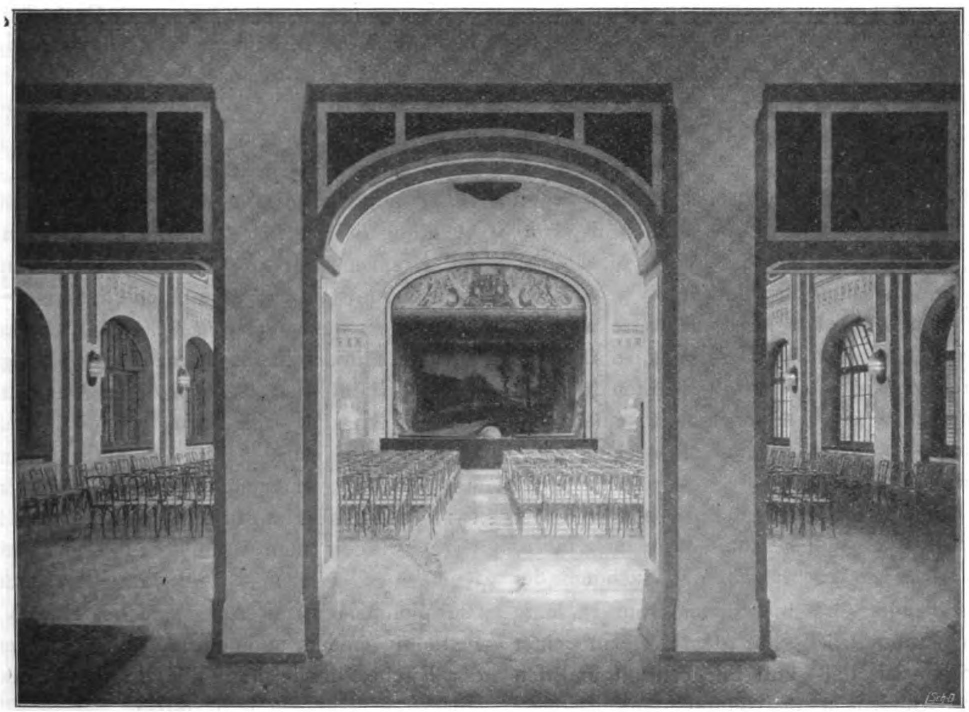


Abb. 14. Festsaal im Gesellschaftshaus.

enthält: das Laboratorium des Apothekers für pharmakologische und nahrungsmittelchemische Arbeiten, den Mikroskopierraum mit sechs Arbeitsplätzen, ausgerüstet mit allen nötigen Apparaten und Instrumenten (Mikroskopen, Schlitten-, Schaukel-Gefriermikrotomen, Paraffinschränken, das Röntgenzimmer mit Einrichtungen für Zeit- und Blitzaufnahmen und für Durchleuchtung, zwei nebeneinander liegende Arbeitsräume für biologische, serologische und bakteriologische Untersuchungen, die wissenschaftliche Bücherei, das psycho-physikalische Arbeitszimmer, gleichzeitig dienend für Augen- und Kehlkopfuntersuchungen und deshalb verdunkelbar, zwei Abteile für hydro-elektrische und Glühlichtbäder sowie ein komplett ausgestattetes photographisches Atelier mit Nebenräumen. Da die zur Verfügung stehende elektrische Kraft, in Wärme transformiert, unökonomisch, auch für Laboratoriumszwecke (Kochen, Verdampfen, Schmelzen, Ausglühen usw.) ungeeignet ist, so mußte für die Apotheke, den Mikroskopierraum und die Laboratorien eine besondere Benoidgasanlage geschaffen werden. Diese ist nach den bestehenden Vorschriften eingerichtet und liefert brauchbares Gas in ausreichender Menge.

Das gesamte Inventar der Anstalt, einschließlich Bekleidungs- und Lagerungsgegenstände, hat einen Wert von 920000 Mark. Davon ist der bei weitem größte Teil in der Provinzial-Arbeitsanstalt Brauweiler angefertigt worden.

Eine Einzelaufstellung über die Bau- und Einrichtungskosten kann, da die Abrechnung erst zu einem Teile erledigt ist, noch nicht gegeben werden. Schon jetzt steht aber fest, daß der im Voranschlag vorgesehene Gesamtbetrag von 11215000 Mark, einschließlich der Kosten des Grunderwerbs (858000 M.), des Inventars und der Bauzinsen nicht erreicht wird. Vielmehr wird voraussichtlich der Betrag von 11 Millionen ausreichen, so daß sich die Kosten pro Bett belaufen einschließlich Grunderwerb, Inventar und Bauzinsen auf 5000 Mark und unter Ausschluß dieser Beträge auf 4000 Mark.

Über die Baugeschichte der Anstalt und ihre bisherige Entwicklung bis zum Mai des Jahres 1912 ist folgendes zu berichten. Nachdem der 47. Provinziallandtag in seiner Sitzung vom 13. März 1907 sich grundsätzlich mit dem Neubau einer weiteren Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt und den allgemeinen Grundzügen des Bauprogramms einverstanden erklärt und das Baugelände bestimmt hatte, wurden im Laufe des Jahres 1907 die Baupläne fertiggestellt, und im September mit den Vorarbeiten, wie Vermessung, Wegeanlagen, Probebohrungen usw., begonnen. Im März 1908 begannen dann die eigentlichen Bauarbeiten, und zwar zunächst mit elf Krankengebäuden sowie mit einem Gutshof. Im Laufe des Jahres 1908 bis Mitte 1909 wurde dann auch mit dem Bau der sämtlichen übrigen Krankengebäude, der Wirtschafts- und Verwaltungsgebäude, des Direktorwohnhauses, mehrerer Ärztewohnhäuser, des Hauses für den Verwaltungsinspektor und den Rendanten und des Gesellschaftshauses begonnen. Im Laufe des Jahres 1910 wurde der weitaus größte Teil aller Hochbauten im Rohbau fertiggestellt. Vom Jahre 1909 an wurde auch schon an den technischen Anlagen gearbeitet, so daß im März 1910 die Montage der zehn Dampfkessel beendet war, und im Juli mit der Verlegung der Fernheizrohre in den begehbaren Kanälen begonnen werden konnte. Das Jahr 1911 brachte den innern Ausbau der im Rohbau fertiggestellten Hochbauten sowie die Inangriffnahme der noch ausstehenden Pflegerwohnungen und der Kirche, außerdem die Fertigstellung der technischen Anlagen. Die Arbeiten wurden so gefördert, daß am 10. Oktober die ersten 150 Kranken aus der überfüllten Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg in die neue Anstalt übergeführt werden konnten, denen dann im Laufe des Oktober und November die Überbelegung der übrigen Anstalten folgte. Am 1. Dezember wurden dann 215 Frauen aus der Departemental-Irrenanstalt Düsseldorf und 15. Dezember 235 Männer aus derselben Anstalt überführt. Am Ende des Jahres 1911 waren 18 Krankengebäude mit Kranken belegt. Vom 15. Januar an wurde dann der Anstalt ein Aufnahmebezirk aus dem nördlichen Teil des Regierungsbezirks Düsseldorf zugewiesen. Mit den hieraus kommenden Zugängen sowie einigen Überführungen aus anderen Anstalten, insbesondere aus der mit dem 15. Mai aufgelösten Provinzial-Pflegeanstalt Köln-Lindenthal, befinden sich zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes, Ende Mai 1912, 1283 Kranke in der Anstalt. Im Frühjahr 1912 wurden dann sämtliche noch ausstehende Kranken-, Wirtschafts- und Betriebsgebäude sowie alle Wohnungen, mit Ausnahme des Hauses für den Betriebsingenieur und den Anstaltsgeistlichen sowie der Kirche, desgleichen alle Betriebs- und Außenanlagen vollkommen fertiggestellt.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Neuruppin die erste als solche erbaute Irrenanstalt in Deutschland.** In einem so betitelten Aufsatz weist Geh. San.-Rat Dr. Knecht, früher Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Ückermünde, in der „Märkischen Zeitung", 18. Aug. 1912, gegenüber anderen diesbezüglichen Prioritätsansprüchen darauf hin, daß bereits im Jahre 1801 die Stände der Kurmark eine Anstalt zur Behandlung Geisteskranker in Betrieb gesetzt hatten, die bis vor drei Jahren wenig verändert, wenn auch seit 45 Jahren anderen Zwecken dienend, in den Mauern Neuruppins bestanden hat.

Wir entnehmen dem Artikel folgendes:

Der Bau wurde Ende der 90er Jahre des 18. Jahrhunderts begonnen und im Winter 1800/01 vollendet. Am 1. März 1801 konnte die kurmärkische Landes-Irrenanstalt in Neuruppin ihrer Bestimmung übergeben werden. Es war die erste für diesen Zweck in Deutschland erbaute Anstalt und blieb lange die einzige in ihrer Art, denn die nächste völlig neue Irrenanstalt folgte ihr erst im Jahre 1830, es war die großherzogl. mecklenburgische Irrenheilanstalt Sachsenberg bei Schwerin.

Die Anstalt war zunächst für 100 Kranke, zwei Drittel männliche, ein Drittel weibliche Kranke bestimmt. In der ersten Zeit wurde der ärztliche Dienst wahrscheinlich vom Kreisphysikus mit versorgt. Ein ärztlicher Direktor wurde erst 1841 in der Person des Dr. Wallies eingesetzt. Dessen Nachfolger Dr. Sponholz ging bei der Aufhebung der Anstalt mit nach Eberswalde über. Ein zweiter, unverheirateter Arzt war mindestens seit Anfang der 50er Jahre in der Anstalt wohnhaft. Festzustellen waren Dr. Ideler um 1860, der später die Berliner Anstalt leitete und die neu errichtete Anstalt Dalldorf 1880 bezog. Bei der Aufhebung der Anstalt war Dr. Wendt zweiter Arzt, der mit nach Eberswalde überging und später Direktor der westpreuß. Irrenanstalt in Schwetz war; er starb in den 90er Jahren in Berlin.

Wenn die Anstalt sich zu sehr füllte, wurden die unheilbaren Kranken nach Wittstock übergeführt. In Wittstock scheinen schon vor der Eröffnung der Irrenanstalt Neuruppin gemeingefährliche Irre, zusammen mit Landarmen, Siechen und Korrigenden, untergebracht gewesen zu sein, später wurden dort unheilbare Geisteskranke, zusammen mit körperlich Siechen, verpflegt. Seit wann die Anstalt in Wittstock bestanden hat, darüber konnte Herr Geh. Rat Dr. Knecht keine Angaben finden.

Nachdem man 1862 die Anstalt Sorau vergrößert hatte, trat diese Aufgabe auch für Neuruppin an die Stände der Kurmark heran. Eine Erweiterung der Anstalt war unmöglich, da sie innerhalb der Stadtmauer lag und von Häusern eingebaut war. Vielleicht machten sich auch Stimmen geltend, die gegen eine Beibehaltung der Anstalt innerhalb der Stadtmauer sprachen, jedenfalls wurde beschlossen, eine neue große Irrenanstalt in Neustadt-Eberswalde, wie es damals hieß, zu bauen und die alten in Neuruppin und Wittstock aufzuheben.

Im Spätherbst 1865 war die neue Anstalt fertig und am 1. November 1865 wurde die Land-Irrenanstalt der Kurmark in Neuruppin aufgehoben und ihre Insassen nach Neustadt-Eberswalde versetzt.

Die Stadt Neuruppin übernahm die Liegenschaften der Anstalt und verkaufte sie an den Bürger Laasch. Nach Beseitigung von Gittern und Mauern bot das Gebäude schöne und gesuchte Wohnungen. Nur wenige ältere Bewohner von Neuruppin erinnerten sich, daß Laaschens Hof eine Irrenanstalt gewesen war; daß es der erste Neubau einer solchen in Deutschland gewesen und am Beginn des vorigen Jahrhunderts eröffnet war, war dem Gedächtnis unserer Generation entschwunden. Selbst, als am 1. Mai 1897 eine neue große Irrenanstalt bei Neuruppin eröffnet wurde, vermochte dies nicht, die Erinnerung aufzufrischen. Anfang Oktober d. Js. steht die 100jährige Jubelfeier der jetzt brandenburgischen Landes-Irrenanstalt in Sorau bevor, da verdient es die alte, für ihre Zeit vorzüglich eingerichtete Kurmärkische Land-Irrenanstalt in Neuruppin, die ein reichliches Jahrzehnt früher erbaut war, der Vergessenheit entrissen zu werden.

Die geschickte Hand des Herrn Bautechnikers Kühnle hat ein naturgetreues Abbild von Laaschens Hof entworfen, wie er aussah, als er 1908 in den Besitz der Stadt überging, um einen Bauplatz für die zukünftige Mädchenschule zu bieten, und wie er in der Erinnerung der jetzigen Bewohner Neuruppins fortlebt. Wegen Durchlegung der Schifferstraße ist 1909 der ehemalige Frauenflügel der Anstalt abgebrochen und Laaschens Hof in Straße verwandelt worden. In wenigen Monaten wird im Garten der alten Irenanstalt eine große Mädchenschule emporwachsen, damit wird jede Erinnerung an die ehemalige Kurmärkische Land-Irrenanstalt verschwinden, die einst die erste als Irrenanstalt in Deutschland von Grund aus erbaute gewesen ist. Da diese Anstalt ein wichtiges Glied in der Baugeschichte Neuruppins und ein bedeutungsvolles Denkmal in der Entwicklung des Anstaltsbauwesens gebildet hat, schien es mir, so schreibt Herr Geh. Rat Dr. Knecht am Schluß, ein Gebot der Pietät und eine Förderung der Ortsgeschichte zu sein, im Bilde den Eindruck des Bauwerks festzuhalten. Wir haben das Bild dem Zietenmuseum gestiftet, wo jeder das geschichtlich interessante Bauwerk betrachten kann.

Herr Photograph Gerlich in Neuruppin hat Bilder der Zeichnung in Postkarten-Format angefertigt, die bei ihm und bei dem Kustos des Zietenmuseums zu haben sind.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Zu der am 26. und 27. Oktober 1912 in Halle a. S. stattfindenden XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen beehren sich die unterzeichneten Geschäftsführer ergebenst einzuladen.

Sonnabend, den 26. Oktober 1912 von 8 Uhr

abends an: Gesellige Vereinigung im Grand Hotel Berges

Sonntag, den 27. Oktober 1912. I. Sitzung: 9 Uhr vormittags in der psychiatrischen und Nervenklinik, Julius Kühnstraße 7. (Frühstück in der Klinik.)

II. Sitzung: 1 Uhr mittags.

Festmahl: 5 Uhr nachmittags im Grand Hotel Berges.

Tagesordnung (bisher angemeldete Vorträge):

1. Abderhalden-Halle: Ausblicke über die Verwertbarkeit biologischer Methoden auf dem Gebiete der Pathologie des Nervensystems. 2. Ahrens-Jena: Die Zirkulation des Liquor cerebrospinalis. 3. Anton-Halle: Pubertätsdysostose mit nervösen Symptomen. 4. Binswanger-Jena: Über Pseudomyasthenie. 5. Degenkolb-Altenburg: Das Raumumgangsfeld und die Raumerscheinungen. 6. Flechsig-Leipzig: Die Flächengliederung der menschlichen Großhirnrinde. 7. Gregor-Leipzig: Thema vorbehalten. 8. Jaeger-Halle: Über Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. 9. Jolly-Halle: Über Heredität bei Geistesgesunden und Geisteskranken. 10. Kluge-Potsdam: Wie weit ist bisher die praktische Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung gediehen? 11. Kürbitz-Sonnenstein: Über Zeichnungen Geisteskranker. 12. Neuendorf-Bernburg: Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker. 13. v. Nießl-Mayendorf-Leipzig: Über die pathologischen Komponenten des choreatischen Phänomens (Projektionsvortrag). 14. Nitsche-Dresden: Zur Lehre von den paramoischen Psychosen. 15. Pfeifer-Nietleben: Über experimentelle Untersuchungen am Thalamus opticus. 16. Röper-Jena: Zur Ätiologie der multiplen Sklerose. 17. Rühle-Uchtspringe: Experimentelle Studien über tumorartig wachsende Fremdkörper im Tiergehirn (mit Demonstrationen). 18. Weber-Chemnitz: Ein Fall von Hirnerschütterung mit anatomischem Befund. 19. Wichura-Schierke: Über einen Fall von Eklampsie mit bleibenden schweren Störungen des Gedächtnisses, Erkennens und Handelns. 20. Willige-Halle: Über akute Paranoia.

Wenn auch die Zeitdauer für die einzelnen Vorträge nicht bestimmt ist, so wird doch gebeten, dieselben tunlichst nicht über 20 Minuten und diejenige in der Diskussion nicht über 5 Minuten auszudehnen.

Anmeldungen zu der Teilnahme am Festmahl (Gedeck 4 Mark) werden bis zum 20. Oktober an den I. Geschäftsführer (Anton-Halle) erbeten. Die Herren Teilnehmer werden in der Lage sein, die Abendschnellzüge in der Richtung Leipzig, Thüringen, Berlin und Magdeburg zu benutzen.

Hotels. Am Bahnhof: Grand Hotel Berges, Goldene Kugel, Continental. In der Stadt: Kronprinz, Stadt Hamburg, Tulpe.

Um Weiterverbreitung dieser Einladung wird gebeten. Gäste sind willkommen.

Die Geschäftsführer.
Anton. Pfeifer.

— **Breslau.** Die Stadtgemeinde Breslau baut zwei Epileptikeranstalten, deren Kosten sich auf ca. 1½ Millionen Mark belaufen werden. Die Gebäude der städtischen Irrenanstalt an der Einbaumstraße (seit einiger Zeit führt sie den Namen „Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke") wird in eine neu zu errichtende Anstalt aus der Stadt herausverlegt.

— **Deutsch-Brod** (Böhmen). Für die hier zu erbauende Landesirrenanstalt ist nunmehr das erforderliche Gelände erworben worden.

— **Koblenz.** Der in Breslau verstorbene San.-Rat Dr. Kleudgen, Besitzer einer Privatirrenanstalt in Obernigk, hat der Stadt Koblenz 100000 M. zur Unterstützung von Medizinstudierenden gestiftet.

Referate.

— Straub, W., Über Narcophin, ein rationelles Opiumpräparat. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1912, Nr. 28.)

Bekanntlich besitzt das Opium eine Reihe von Vorzügen vor seinem wesentlichsten Bestandteil, dem Morphin. Nach den Beobachtungen von Straub ist dies auf eine Wirkungspotenzierung des Morphins durch das allein so gut wie unwirksame Nebenalkaloid Narcotin zurückzuführen.

„Es ist das einer jener merkwürdigen, aber in neuerer Zeit vielfach studierten Fälle von Synergismus zweier gleichzeitig applizierter Arzneistoffe, bei dem sich herausstellt, daß das Arzneigemisch, das extra corpus eine Summe von $(a+b)$ darstellt, bei der Einverleibung in den Organismus pharmakologisch als Produkt $a.b$ oder gar als Potenz a^b wirkt. Man spricht deshalb auch von Wirkungspotenzierung."

Straub fand, daß man die Morphinwirkung durch Narcotinzusatz nach der Opiumwirkung hin verändern kann, und zwar liegt das Optimum der Wirkung bei der Anwendung gleicher Teile der beiden Alkaloide. Das Narcophin, das auf Basis der Straubschen Forschungen von der Firma C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim-Waldhof hergestellt wird, ist ein Doppelsalz, das Narcotin-Morphin-Mekonat, weicht also in der Zusammensetzung um ein geringes von dem Optimum ab. Auf diese Weise aber war ein chemisch einheitlicher Körper zu erzielen. Weitere im Tierexperiment nachgewiesene Vorzüge des Narcophins sind die Steigerung der narkotischen Wirkung und die geringere Beeinflussung des Atemzentrums.

— Zehbe, Dr., Narcophin, ein neues Morphiumersatzmittel. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1912, Nr. 28.)

In der medizinischen Universitätsklinik zu Breslau hat der Verfasser das Narcophin an Stelle von Opium und seinen Derivaten gegeben, und zwar zumeist in Lösung (15 bis 20 bis 30 Tropfen einer dreiprozentigen Lösung), aber auch als Pulver oder subkutan (1 cc = 0,03). Letztere Darreichung wurde bevorzugt, wenn eine schnelle Wirkung erwünscht war. Das Narcophin ist nach den Beobachtungen des Verfassers ein vielseitig verwendbarer Ersatz für Morphin, dem Nebenwirkungen fast völlig fehlen. Ein besonderer Vorzug liegt in seiner beruhigenden Wirkung, die von den üblichen Folgeerscheinungen der Narkotika, Kopfschmerzen, Benommenheit, Übelkeit, fast stets frei ist.

— Schlimpert, Dr. H., Über die Verwendung des Narcophins in der Gynäkologie. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1912, Nr. 28.)

Die Ergebnisse der Prüfung des Narcophins in der Universitäts-Frauenklinik zu Freiburg i. B. faßt der Verfasser in folgendem zusammen: Wir haben in dem Narcophin eine erwünschte Bereicherung der für gynäkologische Patientinnen in Betracht kommenden Narkotika. Und zwar einmal als schmerzstillendes Mittel und andererseits in Kombination mit Scopolamin als vorbereitendes Narkotikum bei Operationen. Die Vorzüge des Narcophins sind:

1. seine starke narkotische Kraft, die sich in langanhaltender Wirkung und hohem Grade von Analgesie bei relativ geringer Trübung des Bewußtseins ausdrückt, und

2. seine Ungefährlichkeit, vor allem die geringe Beeinflussung der Atmung.

Als Nachteil unter gewissen Indikationen steht diesen Vorzügen der mitunter etwas verzögerte Eintritt der narkotischen Wirkung gegenüber. Das Narcophin ist daher dem Morphium vorzuziehen, außer wenn es sich darum handelt, sehr schnelle Wirkung zu erzielen.

— Trénel, Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande (article 1569 du nouveau Code civil). Annales médico-psychologiques. September/Oktober 1911.

Unter Zugrundelegung deutscher Arbeiten (z. B. Bresler, Mendel, E. Schultze u. a.) bespricht Verf. die drei Kardinalforderungen unseres bekannten § 1569 BGB.; die Ausführungen stimmen im wesentlichen mit unseren Anschauungen überein und bringen keine neuen Gesichtspunkte.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Fischer-Wiesloch, Max, Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Sep.-Abdr. aus Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 69, 1912.

Verf. gibt im Anschluß an seine „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden" von 1909 (Ref. diese Wochenschrift, Jahrg. 12, S. 50) Nachrichten über unter seiner Mitwirkung Erreichtes und entwickelt weitere Gesichtspunkte für die Ausgestaltung des badischen Irrenwesens (Fürsorge für abnorme Jugendliche, Kriminelle, Alkoholkranke, Nervöse, entlassene Geisteskranke). Die im Bau begriffene Heil- und Pflegeanstalt in Konstanz wird im Herbst 1913 mit 500 Betten eröffnet werden, ihr Ausbau 1917 wird eine Anstalt von im ganzen 910 Plätzen bringen. (Bausumme auf 5,8 Mill. Mark veranschlagt = etwa 6000 M. pro Bett.) Die schon früher projektierte ausgedehnte Zentrale für Irrenversorgung im Mittellande, bestehend aus einer Anstalt für 1000 Männer und einer für 1000 Frauen mit gemeinsamen Zentraleinrichtungen rückt ihrer Bauausführung näher. Es ist ein großes und schönes Gelände bei Station Muggensturm in der Nähe von Rastatt gekauft worden. Für diese neue Anstalt „Ersatz Pforzheim" werden nach dem vorläufigen Projekt 76 Gebäude, davon 39 Krankenhäuser vorgesehen. Es werden auch größere Krankenhäuser mit 100 bis 150 Plätzen in Aussicht genommen, doch wird der Charakter einer Pavillonanstalt gewahrt. Bei sparsamster Projektgestaltung werden als Bausumme mindestens 10 Mill. Mark erforderlich sein.

Mercklin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Prov. Sachsen.** Dem Direktor der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz, Geh. San.-Rat Dr. Pätz, wurde der Kgl. Kronenorden III. Klasse, dem Direktor der Landesheilanstalt Pfafferode Dr. Schmidt und dem Oberarzt Dr. Großmann in Alt-Scherbitz der Charakter als San.-Rat verliehen. Von der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz wurden versetzt zum 1. Juli 1912 Oberarzt Dr. Adolf Schmidt als Direktor der neuen Landesanstalt Pfafferode bei Mühlhausen i. Th., zum 1. September 1912 Oberarzt Dr. Hoffmann als erster Oberarzt und stellvertretender Direktor und zum 1. Oktober 1912 ordentlicher Arzt Dr. Fach als zweiter Oberarzt nach Pfafferode, ordentlicher Arzt Dr. Schroeder als Oberarzt nach Uchtspringe. An Stelle von Oberarzt Dr. Schmidt wurde Oberarzt Dr. Großmann von Nietleben und an Stelle von Dr. Jach der ordentliche Arzt Dr. Langer von Jerichow in gleicher Eigenschaft nach Alt-Scherbitz versetzt, an Stelle von Oberarzt Dr. Hoffmann der ordentliche Arzt Dr. Carl Schmidt in Alt-Scherbitz zum Oberarzt ernannt.

— **Neustadt** (Westpreußen). Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Neustadt (Westpr.), San.-Rat Dr. G. Rabbas, kommissarischem Medizinalassessor bei dem Medizinalkollegium der Provinz Westpreußen, wurde der Charakter als Medizinalrat verliehen.

— **Wien-„am Steinhof".** Primararzt Dr. Josef Berze hat sich für Psychiatrie habilitiert.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Einen „Fall von Pseudotyphus mit Befund des Bazillus fäkalis alkaligenes" beschreiben Hauser und Springer.*) Klinisch lag Verdacht auf Typhus vor; die Widalsche Reaktion war für Typhus positiv 1:200. Typhus- und Paratyphusbazillen wurden in den Fäzes nicht gefunden. „Status typhosus". Keine Milzvergrößerung, keine Roseolen. Erbsenbreiartiger Stuhl. Ileozökalgurren. Im Blut Nachweis von Staphylokokkus pyogenes aureus. Die Sektion ergab im Darm keinerlei typhöse Veränderung; nur an umschriebenen Stellen etwas Rötung. Bronchopneumonie; fibrinöse Pleuritis. Milz nur wenig vergrößert, bläulichrot, Pulpa weich, breiig,

*) Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 844.

leicht abstreifbar. In der linken Mandel eitrige Pfröpfe. In den Nieren kleine Abszesse. In Kulturen aus Galle, Mesenterialdrüsen und Nierenabszessen fand sich neben Staphylokokkus pyogenes aureus Bazillus fäkalis alkaligenes. Wie bereits Petruschky betont hat, kommt dieses Stäbchen bei Untersuchung der Stuhlgänge typhusverdächtiger Kranker neben dem Typhusbazillus und ohne diesen vor. Von der Blutprobe war noch ein Rest vorhanden; Typhusbazillen wurden durch das daraus gewonnene Serum bei einer Verdünnung von 1:200, der gefundene Bazillus fäkalis alkaligenes in Verdünnung von ebenfalls 1:200 agglutiniert. Weitere Prüfungen (Komplementbindungsverfahren), ob etwa zwischen beiden Bakterienarten serologisch nachweisbare verwandtschaftliche Beziehungen bestehen, hatten ein negatives Ergebnis, so daß nur anzunehmen übrig blieb, daß die Fähigkeit des Krankenserums, beide Stämme zu agglutinieren, auf einen früher überstandenen, ohne Geschwürsbildung verlaufenen Typhus zurückzuführen sei, infolgedessen das Serum auch im Verein mit Antigen aus Typhusbazillen das Komplement zu binden vermochte.

Appendizitis kann nicht nur gelegentlich zu Verwechslung mit Typhus führen (es sind wiederholt Typhusfälle unter der Diagnose Appendizitis operiert worden), sondern es können auch beide Krankheiten zufällig zusammen auftreten. Die echte Appendizitis typhosa ist nicht so selten; sie kann zu Perforation führen. (Operation dürfte sowohl auf das Leiden selbst wie auf die Bazillenausscheidung günstig wirken.) Es kommt auch eine Appendizitis posttyphosa (bei Bazillenträgern) vor. (E. Hesse, Wechselbeziehungen des Abdominaltyphus und der akuten Appendizitis. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 22, Heft 5.)

Verbreitung. Bei einer Typhusepidemie in der ungarischen Garnison Besztere ließen sich Bazillen in zwei Brunnen der Kaserne feststellen. Urin und Fäzes eines Fähnrichs, der wegen Typhus im Lazarett behandelt wurde, waren auf dem Schnee, der die Bedeckung des einen dieser beiden Brunnen überzog, nachgewiesenermaßen ausgeschüttet worden. (Zoltan v. Ajkay, Militärarzt, 1911, Nr. 14 und 15. Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1960.)

Während die Typhusinfektion durch Wasser ziemlich häufig ist, kommen solche durch Milch relativ seltener zustande. So berichtet Thiersch*) über 2 Typhusepidemien in der Umgegend von Dresden. Es handelte sich um 31 Fälle, sämtlich aus dem Plauenschen Grund stammend. Elf Fälle ließen sich auf Kontaktinfektion zurückführen. Von den übrigen 20 entfielen 11 auf die Ortschaft Rabenau, 9 auf Gittersee. Das Trinkwasser war in beiden Orten einwandfrei. Dagegen hatten sämtliche Rabenauer Familien, in denen Typhus aufgetreten war, ihre Milch von einem Händler bezogen, der seinerseits den größten Teil der Milch von einem Grundbesitzer erhielt, der vor einiger Zeit mit Fieber und Durchfällen erkrankt war. Es wurde nachgewiesen, daß von seinem (undichten) Grubenabort aus eine nahe Quelle infiziert wurde, in welcher die Milchgefäße gewaschen wurden. Nach Ausbesserung des Aborts und nachdem dem Besitzer jede Beschäftigung mit der Milch verboten worden war, wurde kein Typhusfall mehr aus Rabenau gemeldet. In Gittersee waren zwei Melkburschen in dem Gehöft, aus denen die von Typhus betroffenen Familien Milch bezogen hatten, vor kurzem unter typhusverdächtigen Symptomen erkrankt gewesen. In den Fäzes wurden keine Bazillen gefunden; bei dem einen Burschen war die Widalsche Reaktion negativ. Beide wurden von der Beschäftigung mit Milch ausgeschlossen; darauf kamen weitere Erkrankungen nicht vor. Thiersch empfiehlt Pasteurisierung der Milch in den Molkereien. — Auch die große Typhusepidemie in Schneidemühl im Jahre 1911 war durch die Milch einer Sammelmolkerei hervorgerufen. Die Sammelmolkereien wurden so lange geschlossen, bis sie mit Vorrichtungen zum Pasteurisieren versehen waren. Die Milch durfte zunächst nur in abgekochtem Zustande verkauft werden. (Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1280.)

*) Lehren der letzten Typhusepidemien. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1372.

Über Verbreitung von Typhus durch Milchprodukte berichtet Kreisarzt Dr. Lemke aus dem Königl. Medizinal-Untersuchungsamte zu Breslau.*) Typhusepidemien, die durch die Milch selbst (als Rohprodukt) als Infektionsträger verursacht wurden, sind wiederholt beobachtet und beschrieben worden. So hat z. B. schon Schüder bei 638 Typhusepidemien aus dem Jahre 1878 bis 1899 festgestellt, daß 110 Epidemien durch infizierte Milch verursacht wurden. Die Epidemien kommen nicht durch Milchwirtschaften im Einzelbetrieb zustande, sondern können ihren Ausgangspunkt auch aus Sammelmolkereien nehmen, wovon Schlegtendahl und Reicke 27 bezw. 5 Epidemien beschrieben haben. Nach Kayser 1905 ist in 40% aller Typhusfälle Milch das Infektionsvehikel gewesen.

Über Verseuchung von Milchprodukten mit Typhusbazillen während der Zubereitung enthält die Literatur bisher nur zwei konkrete Mitteilungen; es handelte sich in beiden um Sahne. Als Grund dafür, daß sonst so wenig über Erkrankungsfälle durch Milchprodukte bekannt ist, vermutet Lemke, daß entweder die Typhusbazillen in den Milchprodukten mit großer Schnelligkeit abgetötet werden oder die Beobachtung am Krankenbett versagt hier im Gegensatz zu den Infektionen durch Milch. — Nach Bassenge enthält der abzentrifugierte Rahm die Hauptmenge der in der Milch vorhanden gewesenen Typhusbazillen; nach Bruck beträgt die Lebensdauer der Bazillen im Rahm zehn Tage, in roher Buttermilch ebenfalls zehn Tage, nach anderen Autoren nur ein bis zwei Tage, nur in sterilisierter Buttermilch 9 bezw. 27 Tage, in Molke einen Tag. Alle diese Angaben beruhen auf bakteriologischen Versuchen; desgleichen die Feststellungen, daß in Butter die Lebensdauer der Typhusbazillen bis zu vier Wochen, nach Balley und Field sogar vier Monate, in frischer und stark gesalzener Butter, beträgt. Über die Lebensdauer von Typhusbazillen in Käse ist

*) Klin. Jahrbuch, XVI, 3, 1912.

noch weniger sicheres bakteriologisch festgestellt. Nach Heine waren Typhusbazillen in selbstbereitetem Käse bis zu fünf Tagen nachzuweisen, in weißem Käse (Quark) am nächsten Tage verschwunden; von ausgereiftem Käse sei eine Typhusverbreitung nicht zu befürchten. — Eine Übertragung von Typhusbazillen durch aus Sauerrahm hergestellte Butter und desgleichen Käse ist nach der übereinstimmenden Meinung aller Forscher unmöglich; nach Bassenge gehen die Typhusbazillen in einer Milch, die 0,3 bis 0,5 % Gesamtsäure, auf Milchsäure umgerechnet, enthält, schnell zugrunde. — Aus Lemkes eigenen Versuchen ergab sich, daß von den sechs mit Typhusbazillen beimpften Käsesorten noch beim Abstrich am 25. Tage Typhusbazillen geimpft werden konnten; es wurden verwendet (vom Kaufmann bezogener) Limburger, Schweizer, Koppenkäse, Bierkäse, Harzer und Tilsiter, sämtliche ausgereift. Bei einigen nicht leicht vertrocknenden Käsesorten gelang der Nachweis von Typhusbazillen noch nach 32 Tagen. — Bei aus typhushaltiger Milch mittels Labessenz bereitetem Käse konnten Typhusbazillen bis zum zwölften Tage in reicher Zahl nachgewiesen werden; ihr Verhältnis zu anderen Bazillen, hauptsächlich Milchsäurebakterien, betrug vom ersten bis zwölften Tage 75 bis 50 %. Vom 13. Tage an konnten sie nicht mehr nachgewiesen werden. In aus spontan geronnener Milch hergestelltem Käse konnten Typhusbazillen spätestens am vierten Tage nachgewiesen werden; am fünften Tage waren sie schon geschwunden. Aus der bei der Käsebereitung gewonnenen Molke konnten Typhusbazillen nachgewiesen werden. Die durch Milchprodukte verursachten Typhuserkrankungen können immer nur vereinzelt, sporadisch auftreten, da aus einer großen Quantität Milch nur immer kleine Mengen Milchprodukte fabriziert und bei Zubereitung und Zwischenhandel immer nur einzelne Stücke infiziert werden. (Fortsetzung folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.


GOLDENE MEDAILLE
HYGIENE


INTER-
NATIONALE
HYGIENE-
AUSSTELLUNG
DRESDEN
1911

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 24. 14. September 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 8gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus der Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.)

Erfahrungen mit Aponal bei Geisteskranken.

Von Dr. med. *W. Kürbitz.*

Bei der Behandlung geisteskranker Personen können wir zur Erzielung der Beruhigung und des Schlafes neben Dauerbädern, Packungen etc. doch nicht immer der chemischen Erzeugnisse entbehren, und so werden — da es bekanntlich an einem allen Ansprüchen genügenden Präparat fehlt und da andererseits öfter gewechselt werden muß — immer wieder neue Medikamente erprobt und auf ihre Brauchbarkeit geprüft.

Erst jüngst geschah das mit einem Veronalderivat, dem Luminal, das nach mannigfachen Veröffentlichungen [Emanuel[1]), Loewe[2]), Meyer[3]) u. a.] auch in der Psychiatrie mit Erfolg Verwendung finden kann.

Im folgenden soll nun von einem anderen Präparat berichtet werden, über das bisher noch keine Erfahrungen bei Geisteskranken vorliegen, nämlich von dem Aponal.

Die Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M. haben nämlich einen Carbaminsäure-Ester des Amylenhydrats, genannt Aponal, in Verkehr gebracht, dessen chem. Formel nach Simonstein[4]) lautet:

$$NH_2 . Co — o — o — C\begin{matrix} CH_3 \\ CH_3 \\ C_2H_5. \end{matrix}$$

Es ist dies der Ester des tertiären Amylalkohols, der durch Einwirkung von Harnstoffchlorid auf Amylenhydrat gewonnen wird.

Huber[5]) sieht es als großen Vorzug des Aponals an, daß außer dem Amylenhydrat auch noch eine Veresterung der Carbaminsäure zur Erzielung des Schlafes in Tätigkeit tritt; wir hätten also hier in einem Mittel zwei wirksame Komponenten enthalten.

In dieser Zeitschrift (1912/13, Nr. 14) ist bereits über das Aponal auf Grund der Arbeit von Simonstein (l. c.) referiert worden, der es zu seiner vollen Zufriedenheit benutzt hat bei Schlaflosigkeit aus mannigfacher Ursache (nervöser Übererregbarkeit, Neurasthenie, Tuberkulose, Karzinom etc.).

Diese günstigen Erfahrungen veranlaßten uns, das Mittel auch bei psychisch Kranken anzuwenden; unsere Erfahrungen seien nun in den nachstehenden Zeilen wiedergegeben.

Was zunächst die Form anbelangt, so wählten wir nicht die von der Fabrik auch hergestellten Tabletten, sondern benutzten ausschließlich Pulver.

Im Gegensatz zu dem sich bei der Darreichung sofort bemerkbar machenden Amylenhydrat besitzt dessen Derivat, das Aponal, den Vorzug, fast gar nicht, oder wenigstens nur wenig nach Kampfer zu riechen und zu schmecken, ein Umstand, der mir besonders für unsere Kranken nicht belanglos erscheinen will.

Hinsichtlich der Darreichung selbst ist zu sagen, daß wir es mit Wasser oder mit Himbeersaft verabfolgten; in beiden Medien löst es sich jedoch nicht völlig, besonders in Verbindung mit Wasser gibt es einen dicken, weißen Brei. Handelte es sich um Patienten, die notorisch schlecht einnahmen, so gaben wir zuerst einen Löffel reinen Himbeersaftes,

[1]) Emanuel, Neurolog. Zentralblatt, 1912, Nr. 9.
[2]) Loewe, Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 20.
[3]) Meyer, diese Zeitschrift 1912/13 Nr. 17.
[4]) Simonstein, Allgemeine Deutsche Zentral-Zeitung, 1912, Nr. 11.

[5]) Huber, Medizin. Klinik, 1911, Nr. 32

die Aufmerksamkeit und der Widerwillen waren dann erheblich gesunken, und nun ließen wir, meist mühelos, den zweiten Löffel mit dem vermischten Medikament folgen.

Die Dosis, deren wir uns bedienten, schwankte zwischen 1,0 bis 1,5 bis 2,0 g. Angewandt wurde das Aponal bei geisteskranken Frauen, und zwar bei Dementia praecox-Kranken, bei Manischen und in einem Fall ängstlicher Verstimmung bei einer senilen Dame mit starker Arteriosklerose. Diese (Frau E.) ist seit Monaten unruhig, ängstlich, drängend, halluzinierend und zeitweise erregt; sie erhielt mehrmals abends je 1 g Aponal und wurde stets ruhiger, oft stellte sich auch ein mehrstündiger Schlaf ein.

Manische nahmen das Medikament, ohne dadurch sonderlich beeinflußt zu werden; eine Beobachtung, die wir ja auch bei anderen Mitteln leider immer noch mehr oder weniger konstatieren müssen.

Längere Zeit hindurch wandte ich dann das Aponal bei einer Anzahl Dementia praecox-Kranker (Katatoniker) an, von denen sich einzelne in steter Erregung befanden.

Auf Grund meiner Protokolle läßt sich über die Wirkung sagen, daß bei erregten Personen 1,0 g nichts nützte, daß aber 1,5 bis 2,0 g oft von Erfolg waren; bei weniger störenden Patienten, die ruhelos waren, vor sich hinsprachen, das Essen zu Boden warfen u. dgl. m., brachte oft schon 1 g eine deutliche Linderung und häufig auch Schlaf.

Die schlafbringende Wirkung des Aponal ist etwa die gleiche wie bei Trional, soweit sich das überhaupt sagen läßt, und bei beiden Medikamenten habe ich ferner oft die Erfahrung gemacht, daß nach abendlichem Genuß schon gegen Morgen (3 bis 4 Uhr) der Schlaf schwindet und die Unruhe dann wieder von neuem einsetzt.

Eine längere Nachdauer der Wirkung besteht also nicht, das ist bei sozial tätigen Patienten günstig, während jedoch für unsere Kranken ein allmählicheres Abklingen oft nur erwünscht sein kann.

Irgendeine üble Nachwirkung konnte ich in keinem einzigen Fall beobachten, weder wurden Beschwerden geäußert, noch machten sich klinisch irgendwelche unangenehmen Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals, des Herzens oder der Nieren bemerkbar. Hierin unterscheidet sich das Aponal also vorteilhaft von manchen anderen Schlafmitteln, z. B. auch von dem Trional, bei dem zuweilen Taumeln, Schwindel und Erbrechen auftreten können.

Spezielle Untersuchungen über die Wirkung auf die Herztätigkeit, wie sie Gregor[6]) kürzlich bei verschiedenen Schlafmitteln vorgenommen, haben wir nicht angestellt.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen stehe ich daher nicht an, das Aponal auch zum Gebrauch in der Psychiatrie für geeignet zu halten, da es m. E. nicht weniger leistet als z. B. das Trional und andere Medikamente. Einen Nachteil hat es allerdings, und dieser liegt in seinem Preis; es kosten nämlich 30 g, in Pulvern zu 1 g abgewogen, in der Apotheke 14,25 M.; es ist also wesentlich teurer als Sulfonal oder Trional.

[6]) Gregor, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1911, Nr. 1.

„Geistesschwäche" im Sinne der Reichsgewerbeordnung.

Von Prof. Dr. *L. W. Weber*, Direktor der städt. Nervenheilanstalt Chemnitz.

Ein bekannter Wanderprediger und Naturmensch war mir von der Verwaltungsbehörde zugewiesen zum Zwecke der Begutachtung seines Geisteszustandes. Es handelte sich um Gewährung eines Wandergewerbescheins. Aus den Akten ging hervor, was mir auch der Mann selbst bestätigte, daß er früher wegen Geisteskrankheit entmündigt war. Auf Grund eingehender Beobachtung der ganzen Lebensweise und Lebensführung des X. hatte dann ein Sachverständiger ausgeführt, daß X. zwar an einer Form der Paranoia leide, daß er aber sehr wohl imstande sei, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen. Daraufhin wurde die Entmündigung aufgehoben. Von einer auswärtigen Verwaltungsbehörde war ihm trotzdem der Wandergewerbeschein zum Vertrieb von Postkarten und Druckschriften auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens verweigert worden mit folgender Begründung: Die Entmündigung sei zwar aufgehoben; die Geistesstörung in Form der chronischen Paranoia bestehe aber noch weiter. Es sei bekannt, daß im Verlauf solcher chronischer Erkrankungen gelegentlich Verschlimmerungen z. B. durch halluzinatorische Attacken auftreten könnten. Eine solche liege jetzt bei dem Gesuchsteller vor, wie aus mehreren Schreiben, die er an Behörden gerichtet habe, hervorgehe. Unter diesen Umständen sei nach § 57a Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung der Wandergewerbeschein zu verweigern. Die Bestimmung lautet: „Der Wander-

gewerbeschein ist in der Regel zu versagen, wenn der Nachsuchende blind, taub oder stumm ist oder an Geistesschwäche leidet." X. hat sich dann an eine andere Verwaltungsbehörde seines späteren Aufenthaltsortes mit der Bitte um Gewährung eines Wandergewerbescheins gewandt. Nach Kenntnis der Vorgänge wurde dem X. erst die Beibringung eines Attestes über seine geistige Gesundheit aufgegeben und er zu mir gewiesen.

Ich habe das folgende Attest ausgestellt:

Der Wanderprediger X. ist heute bei mir erschienen, um sich behufs Erlangung eines Wandergewerbescheins vorzustellen. Nach der ganzen Vorgeschichte und nach dem Inhalt der kürzlich von mir durchgesehenen Akten besteht bei X. eine Form der Paranoia, die sich in dem Festhalten an systematisierten Wahnideen und deren konsequenter Durchführung in der ganzen Lebensweise äußert. Irgendeine Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit durch eine geistige Schwäche auch nur geringen Grades ist dabei nicht nachzuweisen. X. faßt sein Verhältnis zu seiner Umgebung, zum Staat und zur Gesellschaft richtig auf, unterwirft sich allen vorgeschriebenen Maßregeln und zeigt bei allen seinen Handlungen das Bestreben, Konflikte mit der öffentlichen Ordnung zu vermeiden. Er bezeigt in Gesprächen Verständnis für geschäftliche Angelegenheiten und die Einsicht in die Notwendigkeit, auf legalem Weg Geld zu verdienen. Er sieht die Notwendigkeit ein, einen festen Wohnsitz zu haben, hat auch bei seiner jetzt erfolgten Eheschließung die kirchlichen und gesetzlichen Formen beobachtet, wobei man ihm keine Schwierigkeiten machte. Sein äußeres Verhalten bei der Untersuchung, wie im Verkehr mit dem Publikum und Behörden ist geordnet, höflich und zielbewußt. Abgesehen von seiner auffälligen Kleidung unterscheidet er sich in nichts von anderen Menschen. Sinnestäuschungen oder sonstige positive Zeichen einer akuten geistigen Störung sind bei ihm nicht nachzuweisen. Demnach besteht bei X. zurzeit keiner der Zustände geistiger Störung, welche die Geschäftsfähigkeit im Sinne des § 104 BGB. ausschließen, auch keine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB., welche ihn an der Besorgung seiner Angelegenheiten verhindern könnte. Nach dem Gesagten muß ich auch ausschließen, daß X. an einer Geistesschwäche leidet, wie sie § 57a der Reichsgewerbeordnung für die Verweigerung des Wandergewerbescheins vorsieht.

Dazu ist nur folgendes zu bemerken:

Über die Diagnose Paranoia bei X. kann man streiten. Ich habe sie nur mit hereingenommen, weil sie sich durch die gesamten, sehr umfangreichen Akten des X. und durch zahlreiche Gutachten zieht und weil die Juristen und Verwaltungsbeamten an diese Diagnose gewöhnt waren. In einem ähnlich gelegenen Fall eines „Propheten" und Sektengründers, der jahrelang in der Göttinger Anstalt beobachtet wurde, habe ich früher auch die Diagnose Paranoia gestellt; ich würde sie in beiden Fällen heute nicht mehr aufrecht erhalten, sondern diese Fälle zu den degenerativen abnormen Charakteren rechnen, die unter dem Einfluß einer überwertigen Idee stehen. Ich habe an anderer Stelle gelegentlich ausgeführt, daß solche überwertigen Ideen auf dem Gebiet des Glaubens (sowohl in religiösen wie wissenschaftlichen Fragen) nicht als Wahnideen im gewöhnlichen Sinne aufgefaßt werden können. Auch glaube ich sicher, daß in diesem wie in dem anderen, eben erwähnten Falle nie Halluzinationen vorgekommen sind. Denn die gelegentlichen Gebetserhörungen oder unmittelbaren Offenbarungen, die solchen Leuten nach ihren Erzählungen zuteil werden, sind keine Halluzinationen, sondern Traumverifikationen oder lebhafte Vorstellungen.

Für die hier vorliegende Frage der Verwaltungspraxis sind aber diese klinischen Gesichtspunkte von untergeordneter Bedeutung. Hier handelt es sich nur darum, festzustellen, was die RGO. unter dem Begriff „Geistesschwäche" versteht. Mit der Geschäftsunfähigkeit des § 104 BGB. ist dieser Begriff nicht ohne weiteres identisch; das geht schon daraus hervor, daß nicht schlechthin der Ausdruck „geschäftsunfähig" oder „geisteskrank" gewählt ist, sondern eine besondere Bezeichnung: „Geistesschwäche". Also auch, wenn jemand nicht für geschäftsunfähig erklärt werden kann, wird er doch unter Umständen nicht für fähig zur Ausübung des Wandergewerbes gehalten; es werden größere Anforderungen als an den beschränkt Geschäftsfähigen gestellt. Auch mit der „Geistesschwäche" des § 6 BGB. ist der Begriff nicht ohne weiteres identisch. Denn der § 57a der RGO. sieht als erste Bedingung für die Gewährung des Wandergewerbescheins vor, daß der Nachsuchende das 25. Lebensjahr vollendet hat. Es ist also ein höheres Alter als das der Mündigkeit gefordert. Wenn hier vielleicht auch in erster Linie soziale Gesichtspunkte bestimmend waren, — die Absicht, jüngere Personen nicht an die ungeordnete Lebensführung des Hausierhandels zu gewöhnen —, so spielte doch wohl auch die Erwägung mit, daß es eines reiferen Alters und einer größeren Einsicht bedürfe, als der des eben mündig gewordenen, um sich auf diesem schmalen Weg zwischen gesetzmäßigem

Handeln und Übertretung zu halten. Deshalb wird man auch den Begriff Geistesschwäche in diesem Sinne weiter ausdehnen müssen, auch auf Individuen, die noch nicht geistesschwach im Sinne des § 6 BGB. sind. Im vorliegenden Fall wurde dies auch dadurch erwiesen, daß X. zu derselben Zeit, als ihm behufs Gewährung des Gewerbescheins die Beibringung eines Attestes über seinen Geisteszustand aufgegeben wurde, vor dem Standesamt und in der Kirche eine Ehe schloß, ohne daß an seiner Geschäftsfähigkeit in dieser Hinsicht gezweifelt wurde.

Daraus geht also hervor, daß der Begriff „Geistesschwäche" im Sinne des § 57a RGO. ein besonderer ist, der sich nicht mit den uns aus der forensischen Psychiatrie sonst geläufigen deckt, und man muß ihn besonders umschreiben. Ich habe dies in dem obigen Attest versucht, indem ich schilderte sein geordnetes äußeres Verhalten, seine Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, sein erhaltenes Verständnis für Wesen und Zweck derselben. Er bemüht sich auch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu leben und zeigt endlich, daß er genug geschäftliche Erfahrung, Routine und Lebensklugheit besitzt, um ohne Verletzung gesetzlicher Bestimmungen mit seinen Vorträgen, seinem Karten- und Schriftenhandel Geld zu verdienen. Beispielsweise hat er ein Urteil erzielt, wonach seine Vorträge wissenschaftlichen Charakter haben und danach keiner besonderen Besteuerung unterliegen, und häufige Zeitungsnotizen über ihn beweisen, daß er die „Aufmachung" und die Reklame sehr gut versteht. Bezeichnenderweise entgegnet er auch auf die Frage, ob er sich von seinen Reisepredigten erhalten könne: „Gott hat mein Werk gesegnet; ich kann davon leben". Die Frage, ob seinem ganzen geschäftlichen Handeln krankhafte Motive zugrunde liegen, ist aber im vorliegenden Fall nicht zu prüfen. Ich persönlich möchte glauben, daß vieles von dem äußerlich auffälligen Verhalten wohlberechnetes Geschäftsinteresse ist. Damit entfallen aber die Voraussetzungen, die zur Annahme einer Geistesschwäche im gedachten Sinne nötig sind und man konnte das Vorhandensein einer solchen verneinen. Da in der mir zugängigen forensisch-psychiatrischen Literatur sich keine Erörterung über diesen in der Reichsgesetzgebung gebrauchten Begriff der Geistesschwäche im Sinne der Gewerbeordnung findet, schien mir die Mitteilung dieses Falles in formaler Hinsicht angebracht, zumal ähnliche Fälle doch gelegentlich vorkommen. Ganz ähnlich lag z. B. die Sache bei dem oben erwähnten „Propheten". Die Entscheidung erfolgte im Sinne der gutachtlichen Äußerung.

Sachlich ist dazu noch folgendes zu bemerken: Man mag darüber geteilter Meinung sein, ob man derartige soziale „Drohnen" — denn das sind ja diese Naturmenschen, Apostel und Propheten — durch Gewährung eines Wandergewerbescheins in ihrem unproduktiven Tun unterstützen soll. Will man dies aber nicht, dann ist die Versagung eines solchen Scheins ein unzulängliches Mittel, das nur ungesetzliches Handeln und weitschweifige gerichtliche Verfahren hervorruft, die Betreffenden zu Märtyrern stempelt oder zum Querulieren treibt. Dann müßte man schon das Übel an der Wurzel fassen, diese Leute für ausgesprochen geisteskrank erklären, entmündigen und lange Zeit internieren, um zu versuchen, sie dadurch zu nützlicher Arbeit zu bringen. Ganz abgesehen davon, daß zu einem solchen rigorosen Vorgehen oft die gesetzlichen Handhaben fehlen, wird auch jeder, der diese Fälle kennt, von der Aussichtslosigkeit eines solchen, noch dazu sehr kostspieligen Verfahrens, überzeugt sein.

Ich habe das gelegentlich schon vor Jahren an der Hand einschlägiger Fälle ausgeführt und gezeigt, wieviel Ärger, Prozesse und Kosten durch Entmündigung und langjährige Anstaltsinternierung dabei früher entstanden sind.*) Heute, wo man die auf degenerativem Boden entstandenen Grenzzustände und abnormen Charaktere genauer kennt, wird man in allseitigem Interesse besser tun, die Hand von ihnen zu lassen, solange sie den Willen und die Fähigkeit haben, sich einigermaßen in das soziale Getriebe einzufügen. Unfruchtbare Drohnen der sozialen Gemeinschaft, die auf die Gutmütigkeit und den Aberglauben der Mitmenschen spekulieren, sind diese Naturapostel und Sektengründer, aber meistens nicht gemeingefährlich oder wenigstens lange nicht in dem Grade, wie Kurpfuscher, heimliche und öffentliche Anpreiser und Anwender von Abtreibungsmitteln und ähnliche Menschenfreunde, die ihr lichtscheues aber lukratives Gewerbe betreiben können, ohne daß man sie mit energischen gesetzlichen Maßregeln unschädlich machen kann.

*) Weber, „Gemeingefährliche" Paranoiker in verwaltungstechnischer Beziehung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 62.

Denkschrift zur Feier der Eröffnung der achten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve).

(Schluß.)

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß ein wesentliches Bedenken gegen eine zu große Anstalt, nämlich die Schwierigkeit der Leitung und Verwaltung, durch eine geeignete Organisation des ärztlichen und Verwaltungsapparates der Anstalt behoben werden könne. Diese Organisation schließt sich in Bedburg in ihren Grundzügen an die der bisherigen Rheinischen Provinzial-Heil-und Pflegeanstalten an, die ja auch schon mit ihrer Krankenzahl bis zu 1040 und mit weitgehenden eigenen Betriebs- und Wirtschaftseinrichtungen nach dieser Richtung hin manche Schwierigkeit zu lösen aufgeben. An der Spitze, sowohl des ärztlichen wie des Verwaltungsdienstes steht der Direktor der Anstalt, also ein Arzt. Er ist der Vorgesetzte der Ärzte, der Beamten und des gesamten Pflege- und Dienstpersonals, die alle seinen Anordnungen Folge zu leisten haben. Für den ärztlichen Dienst stehen ihm zur Seite Oberärzte, Anstaltsärzte und Assistenzärzte. Die Regelung des ärztlichen Dienstes ergibt sich in der Hauptsache aus folgenden Sätzen der Dienstanweisung des Direktors:

„Soweit der Direktor nicht die Behandlung einzelner Kranken oder der Kranken einzelner Abteilungen sich selbst vorbehält, überweist er jedem Oberarzte und Anstaltsarzte eine Abteilung der Anstalt, auf der der betreffende Arzt („Abteilungsarzt") unter Einräumung möglichster Selbständigkeit und unter eigener Verantwortung die Kranken behandelt." „Den Abteilungsärzten gegenüber wird der Direktor sich darauf beschränken können, als Konsiliarius tätig zu sein, doch bleibt es ihm, wenn er dies im Interesse der Anstalt und der Kranken oder im Interesse einheitlicher Krankenbehandlung für nötig hält, auch unbenommen, selbständig einzugreifen. Er ist hierzu verpflichtet, wenn er Fehlgriffe oder eine mangelhafte Pflichterfüllung wahrnimmt." Ebenso heißt es in der Dienstanweisung für die Ärzte: „Jedem Oberarzt und jedem Anstaltsarzt wird vom Direktor eine besondere Abteilung der Anstalt überwiesen." „Auf dieser Abteilung hat dieser Arzt (Abteilungsarzt) die Kranken möglichst selbständig und auf eigene Verantwortung zu behandeln, sich jedoch im Interesse der Einheitlichkeit der Behandlung nach den Grundsätzen des Direktors zu richten

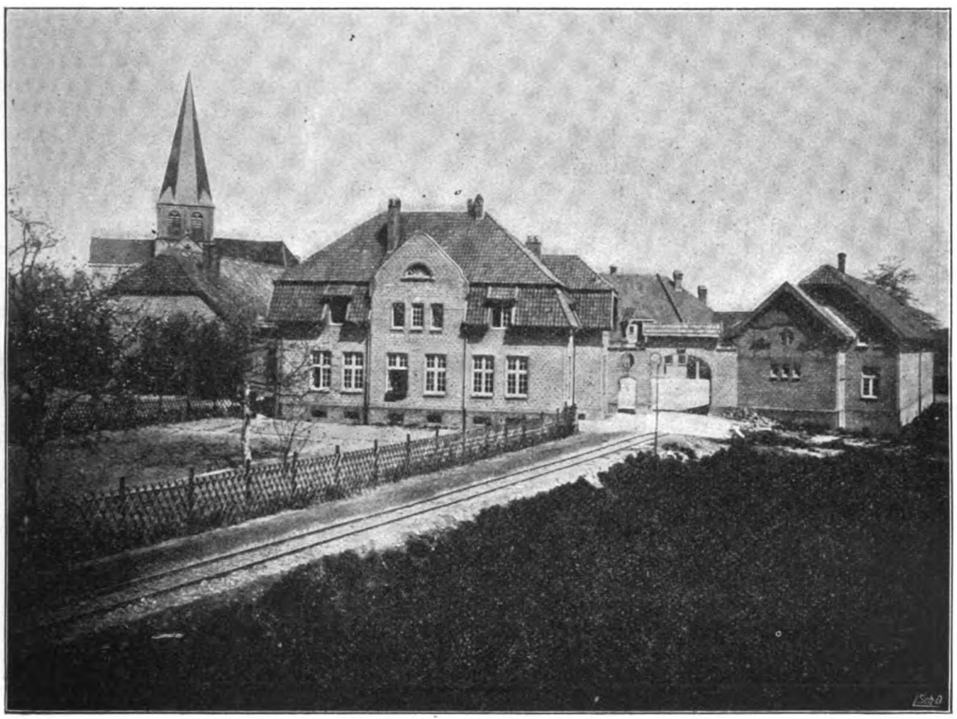


Abb. 15. Gutshof II.

und seinen Anordnungen und Weisungen nachzukommen."

Über den Verwaltungsdienst bestimmt dann die Dienstanweisung des Direktors:

„Wie den ärztlichen Dienst, hat der Direktor auch die gesamte Verwaltung zu überwachen und zu leiten. Seine wichtigsten Hilfskräfte auf dem Gebiete der Verwaltung sind der Verwalter und der Rendant. Solche Einzelheiten der Verwaltung, die regelmäßig wiederkehren oder von geringerer Bedeutung sind, kann der Direktor dem Verwalter bzw. dem Rendanten zur selbständigen Erledigung überlassen."

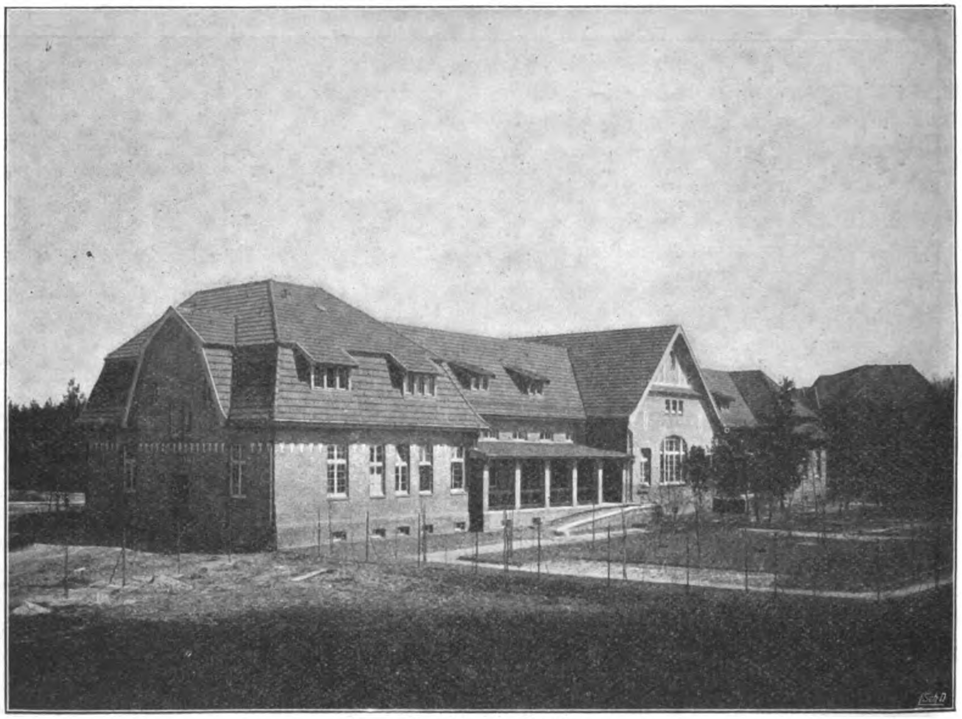


Abb. 16. Lazarett.

Von diesen beiden, dem Direktor untergebenen Spitzen des Verwaltungsdienstes hat der Rendant mit den ihm unterstellten Bureaugehilfen die Kassen- und Bureaugeschäfte zu erledigen, während der Verwalter (der in der Anstalt Bedburg den Titel Verwaltungsinspektor führt) an der Spitze des gesamten Verwaltungsdienstes steht und der Vorgesetzte sämtlicher übrigen in der Verwaltung tätigen Beamten ist. Hierzu gehört: der Betriebsingenieur, der den gesamten technischen Betrieb der Anstalt leitet, der Gärtner, der Hofmeister, die Küchenvorsteherin und die Wäschevorsteherin.

Um im übrigen ein annäherndes Bild zu geben, wie sich voraussichtlich der Betrieb der Anstalt besonders nach der finanziellen Seite bei der Vollbelegung mit 2200 Kranken gestaltet, ist der Denkschrift der Entwurf zu einem Haushaltsplane beigefügt.*) Derselbe stellt selbstverständlich nur einen schätzungsweisen Versuch dar, der aufgebaut ist auf den Erfahrungen bei den bisherigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, und auf den Ergebnissen der kurzen bisherigen Betriebszeit der Anstalt sowie auf theoretischen Schätzungen und Berechnungen. Soweit sich aber nach diesen Unterlagen bis heute ein Bild gewinnen läßt, sind die Zahlen der Einnahmen und Ausgaben mit großer Vorsicht und eher zu ungünstig als zu günstig angenommen. Das Schlußergebnis dieses Haushaltsplanes ist, daß derselbe abschließt mit einem Betrage in Einnahme und Ausgabe von 1 377 000 Mark, und daß die Anstalt bei Einsetzung des für alle Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten geltenden Pflegesatzes von 1,50 Mark pro Kopf und Tag in der Normalklasse nicht nur keinen weiteren Provinzialzuschuß gebrauchen wird, sondern ihre sämtlichen Ausgaben deckt und außerdem noch einen Überschuß von 80 000 Mark abwirft, so daß tatsächlich der einzelne Kranke in der Anstalt nur etwa 1,40 Mark pro Tag kostet, wobei allerdings die Verzinsung und Tilgung des Baukapitals der Anstalt nicht berücksichtigt ist.

*) Dieser Entwurf konnte leider aus Raummangel hier nicht abgedruckt werden.

Mitteilungen.

— **Staatsirrenanstalt zu Lübeck.** Am 20. Sept. wird in Lübeck an Stelle des im Jahre 1786 erbauten Unsinnigenhauses, der heutigen Staatsirrenanstalt, die neue Heilanstalt Strecknitz (für Nervöse und Geisteskranke) dem Betrieb übergeben.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Wien „am Steinhof".** Dem Direktor der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien, Regierungsrat Dr. Heinrich Schlöß, wurde der Orden der Eisernen Krone III. Klasse verliehen.

— **Dresden.** Der Assistenzarzt Dr. Martin Weicksel ist aus der städt. Heil- und Pflegeanstalt ausgeschieden und in den Kgl. Sächs. Landesanstaltsdienst (Großschweidnitz) übergetreten.

— **Heilanstalt Lindenhof, Coswig b. Dresden.** Oberarzt Dr. Bertololy trat am 1. Aug. aus der Heilanstalt Lindenhof aus. Dr. F. Fliedner, bisher in Wiesloch (Baden) trat am 1. Sept. als Anstaltsarzt ein.

— **Schlesien.** Oberarzt San.-Rat Dr. Johannes Dinter, Brieg, mit dem 1. Okt. d. Js. zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Leubus ernannt. Oberarzt Dr. Albrecht v. Kunowski, Leubus, in gleicher Eigenschaft zur Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Brieg versetzt, ebenfalls mit dem 1. Okt. d. Js. Abteilungsarzt Dr. Hugo Heilemann, Bunzlau, mit dem 1. Okt. d. Js. bei derselben Anstalt (Bunzlau) zum 2. Oberarzt ernannt. Abteilungsarzt Dr. Guido Kunze, Leubus, mit dem 1. Okt. d. Js. bei derselben Anstalt (Leubus) zum 3. Oberarzt ernannt.

— **Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach.** Am 9. Sept. d. Js. früh ist infolge Schlaganfalles das Ableben unseres Oberarztes Dr. Julius Müller erfolgt. Er erreichte ein Alter von nur 36 Jahren.

— **Göttingen.** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. August Cramer, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik und der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, ist am 5. September abends gestorben.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Gärtner-Jena*) hat das Problem der Typhusbazillenträger kürzlich eingehend dargetan. Zur Ausrottung des endemischen Typhus im Reg.-Bez. Trier, in den angrenzenden Teilen der Pfalz, in Birkenfeld und in Elsaß-Lothringen werden vom Reich und den beteiligten Staaten jährlich zirka 25000 Mark zur Verfügung gestellt. Die hiervon unterhaltenen bakteriologischen elf Typhusstationen befinden sich in Trier, Saarlouis, Saarbrücken, Neunkirchen, Idar, Kaiserslautern, Landau, Straßburg, Hagenau, Metz, Diedenhofen. Der Erfolg war bisher, daß in diesen die Zahl des Typhus von 3597 im Jahre 1904 auf 1815 im Jahre 1912 zurückgegangen ist. — Dauerausscheider, welche Typhusbazillen mit dem Harn entleeren, sind selten, obgleich in manchen Epidemien bis zu 25% der Erkrankten im dritten Stadium der Krankheit und in der Rekonvaleszenz Typhusbazillen mit dem Urin abgeben. Diese stammen dann selten aus Bazillenherden in der Niere bezw. aus einer Pyelonephritis, öfter aus dem chronisch entzündeten Nierenbecken und noch häufiger aus der chronisch entzündeten Schleimhaut der Blase. — Wie die Typhusbazillen in die Schleimhaut der Gallenblase, ihren gewöhnlichen Sitz bei Dauerausscheidern, gelangen, ist noch nicht endgültig aufgeklärt. Dem Experiment, wonach bei Kaninchen schon zwei Stunden nach der intravenösen Injektion Bazillen in der Schleimhaut der Gallenblase gefunden wurden, steht die andere Beobachtung entgegen, wonach sie im selben Experiment nicht nachgewiesen werden konnten, wenn vorher die Ductus hepatici oder der Ductus cysticus unterbunden waren. Es ist jedenfalls noch nicht erwiesen, ob sie aus dem Blut in die Leber ausgeschieden werden und in die Galle gelangen oder vom Blut aus in die Wandung der Gallenblase und von hier aus in die Galle dringen. In einem Falle hat man bei der Obduktion in den größeren Gallengängen Nester von Typhusbazillen gefunden. — Daß jemand sich mit Typhus infiziert hat und Dauerausscheider geworden ist, ohne jemals krank geworden zu sein, wie bei Diphtherie und epidemischer Genickstarre, ist nicht als unmöglich zu bezeichnen. Nach Fornet sind die Typhusbazillen der Dauerausscheider Saprophyten, welche als solche bei den Trägern bei einer zweiten Infektion in dem nach überstandenem ersten Typhus immun gewordenen Körper wachsen. Die Widalreaktion ist bei den Zeit- und Dauerausscheidern in ca. 66 bis 75% der Fälle positiv, aber meist gering (50 bis 200), die mit dem eigenen Stamm oft, jedoch nicht immer negativ. Dauerausscheider sind nicht immer völlig gegen Typhus immun. In vier Fällen (Battlehner) wurden Typhusbazillen im Kot nachgewiesen und erst nach 21 bis 117 Tagen brach Typhus bei ihnen aus. Zeitweise, selbst ein ganzes Jahr lang, fehlen die Bazillen im Stuhl; die Ursache hiervon dürfte noch unbekannt sein.

Die Angaben über die Zahl der Bazillenträger unter den Rekonvaleszenten schwanken zwischen 1,5% und 11,4%, die der Dauerausscheider zwischen 0,5% und 5,2%. Unter Bazillenträgern wie Dauerausscheidern sind die Frauen ca. fünfmal so häufig wie die Männer. Gallensteinkrankheiten kommen

*) Über Typhusbazillenträger. Korresp.-Blätter d. Allgem. ärztl. Vereins von Thüringen, 1912, Nr. 3.

bei Frauen ungefähr dreimal so oft vor als bei Männern; bei 90% der Gallensteinbesitzer treten keine Symptome hervor. Kinder werden selten zu Dauerausscheidern. Gärtner teilt eine recht instruktive Typhusepidemie mit, bei der 18 Mitglieder einer 140 Personen umfassenden Goldenen-Hochzeitsgesellschaft erkrankten; die Schwiegertochter des Hochzeitspaares, welche vor 13 Jahren, und ihre Tochter, welche vor 7 Jahren Typhus überstanden hatten, waren bei der Vorbereitung der Speisen für die Gäste rege beteiligt gewesen. Bei der Untersuchung des Kots der Schwiegertochter zeigten die Platten fast Reinkultur von Typhusbazillen, Agglutination 1:2000, beim eigenen Stamm 1:7000. Es wurden auch Gallensteine bei ihr festgestellt. Gärtner hält es für möglich, daß die am Tage vor dem Fest gekochten und geschnittenen Kartoffeln infiziert worden waren und daß sich die Bazillen in dem Haufen warmer Kartoffeln wie in einem Brutschrank erheblich vermehren konnten. Auch von Reihenerkrankungen, Infektionen, welche von Zeit zu Zeit und eventuell an verschiedenen Orten durch einen und denselben Dauerausscheider verursacht werden, sind bereits zahlreiche bekannt und beschrieben werden. — Für die Behandlung empfiehlt Gärtner bei frischen Trägern, die Bazillen mit dem Urin abgeben, größere, konsequent angewandte, recht früh verabfolgte Gaben von Urotropin; wenn es nicht hilft, Hetralin oder — noch besser — Borovertin (das Triborat des Urotropins); letzteres hat auch wiederholt die sehr schwer zu beseitigende Dauerausscheidung aus dem Urin beseitigt; es muß bis 6 Wochen, täglich 2 bis 8 g, gegeben werden.*) — Die interne Behandlung der durch den Kot die Bazillen entleerenden Dauerausscheider verspricht wenig Erfolg. Die operative Entfernung der Gallenblase ist kein ganz ungefährlicher Eingriff und im Einzelfall kann man nicht vorhersagen, ob nur die Gallenblase oder auch die Gallengänge der Leber infiziert sind. Die japanischen Militärärzte Tsuzuki und Ishida stellten bei Typhusrekonvaleszenten fest, daß 1 g Jodkali, und noch mehr Fowlersche Lösung, 0,2 bis 1,0 g pro die, die Ausscheidung von Typhusbazillen im Stuhl abkürzen. — Der Kot der Ausscheider soll mit Kalkmilch überschüttet werden; der Ausscheider soll seinen eigenen Nachtstuhl haben, und zwar mit zwei Exemplaren des Eimers. Der Inhalt des letzteren soll für sich vergraben werden; in die Kanalisation darf er erst, nachdem er 48 Stunden nach einem letzten reichlichen Kalkmilchzusatz gestanden hat, entleert werden. Da Infektion mit Typhus durch Stadtabwässer selten sei, abgesehen von einigen auf unrichtigen Veranstaltungen beruhenden, so hält es Gärtner nicht für sehr gefährlich, wenn die Ausscheider Spülklosetts benutzen.

*) Bei typhöser Bakteriurie wird neuerdings auch Helmitol (anhydromethylenzitronensaures Hexamethylentetramin) empfohlen, welches den Harn prompt desinfiziert und klärt und ihm saure Reaktion erteilt. Es ist in Wasser im Verhältnis 1 : 10 löslich und von angenehmem Geschmack und wird vorzüglich vertragen. (Verordnung: Tabl. Helmitol cont. 0,5 g. Nr. XX (Originalpackung Bayer), 3 mal täglich 1—2 Tabletten.)

Gesetzliche Mittel, die Freiheit der Bewegung und im Gewerbebetriebe, namentlich im Nahrungsmittelgewerbe, bei Bazillenträgern einzuschränken, gibt es nicht. Einstweilen muß man sich mit der Aufklärung begnügen.

Für die Frage, wie häufig etwa in der Bevölkerung Typhusbazillenträger vorkommen, geben Hünes*) „Untersuchungen von Rekruten des II. Armeekorps auf Typhusbazillenträger“ einige Anhaltspunkte. Von den im Herbst 1911 bei diesem Armeekorps neueingestellten Rekruten hatten 14 im Lauf der letzten zwölf Monate, 140 im übrigen Leben Typhus überstanden, die Zahl der Rekruten, bei denen I. im Laufe der letzten zwölf Monate, II. während der übrigen Lebenszeit der Rekruten a) in der eigenen Familie, b) in demselben Hause, c) in derselben Arbeitsstätte Typhusfälle vorgekommen waren, betrug bei Ia: 30, Ib: 6, Ic: 14, bei IIa: 224, IIb: 19, IIc: 10. Bei allen diesen Personen mit Ausnahme der unter IIa, b, c aufgeführten wurde dreimal mit achttägigen Zwischenräumen Stuhl und Urin untersucht; bei allen, auch bei den unter IIa, b, c, eine einmalige Blutuntersuchung (Entnahme aus dem Ohrläppchen) ausgeführt. Ein Zusammenhang zwischen Typhusausscheidern und Agglutinationstiter konnte nicht festgestellt werden. Es fanden sich zwei Typhusbazillenträger, zwei Paratyphusbazillenträger, ein Mann, dessen Blut noch bei einer Verdünnung bei 1:300 Typhusbazillen agglutinierte, einer mit Agglutinationstiter von 1:100, drei mit Titer bis 1:60, einer mit Titer bis 1:50, zwei mit bis 1:20, bei den übrigen war der Titer weniger als 1:20. Die beiden Typhusbazillenträger wurden entlassen. Bezüglich des Paratyphusbazillenträgers und des Rekruten mit Titer 1:300 wurde veranlaßt, daß auf etwa in ihrer Umgebung vorkommende Paratyphus- bezw. Typhusfälle geachtet werde, und bei letzterem spätere Wiederholung der Untersuchung angeordnet. — Hüne weist auf die Erfahrung hin, daß Bazillenträger mit ungestörter Verdauung besonders bei regelrechten festen Stühlen gar keine oder nur sehr spärliche und erst bei Auftreten von Durchfällen massenhafte, auch in ihrer Giftigkeit gesteigerte Bazillen ausscheiden. Diese Durchfälle treten besonders leicht auf im Hochsommer, bei Gelegenheit zu Erkältung, unregelmäßiger Lebensweise, Essen von unreifem Obst etc., bei Soldaten speziell bei Felddienstübungen. Daher die Häufung der Typhusansteckungen, sowie auch der Autoinfektionen im Hochsommer. — In einer früheren Veröffentlichung über „Untersuchungen von Rekruten aus der Garnison Stettin auf Typhusbazillenträger“ (Deutsch. militärärztl. Zeitschrift, 1911, Heft 6) hat Hüne die wichtigsten der hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte herausgestellt. Er meint, daß fast alle unaufgeklärten bezw. angeblich durch Wasser, Nahrungsmittel usw. übertragenen Typhusfälle in letzter Linie auf Bazillenträger zurückzuführen seien. Es sind Fälle mitgeteilt, in denen die Ausscheidung noch 30, 31, 36 Jahre nach der Erkrankung festgestellt worden

*) Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1912, Heft 9.

ist. Nach den Statistiken werden von allen Typhuskranken etwa 1% Bazillenträger; in einer Statistik wurden 3% ermittelt; sechs Monate nach der Erkrankung wurden 6% als Bazillenträger festgestellt. Positiver Widal zeigt nicht immer Bazillen im Körper bezw. in seinen Ausscheidungen an; negativer schließt sie nicht aus. Erhöhten Widal trifft man häufig bei Bazillenträgern, besonders bei kleinen Attacken von Autoinfektionen. Letztere werden in ihrem Zustandekommen begünstigt durch Momente, welche den Körper schädigen, wie Überanstrengung und Erkältung; auch die Ansteckung Gesunder wird begünstigt durch eine gewisse Zahl und Giftigkeit der Bazillen einerseits und durch eine erhöhte Empfänglichkeit des Erkrankenden andererseits, so daß unter Umständen jahrelang Typhusbazillen von Bazillenträgern ausgeschieden werden, ohne zu schaden. Hüne betont wiederholt, daß die meist schubweise Ausscheidung der Bazillen seitens der Bazillenträger öftere Untersuchung erforderlich macht.

In einer Studie „Über Typhusverbreitung" (Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 32) wird von Oberarzt Dr. G. Brückner, kommandiert zum Reichskommissar für die Typhusbekämpfung in Saarbrücken, der Epidemiengang von 28 Typhusepidemien-Gruppen genauer verfolgt auf Grund des bei dem Reichskommissar für die Typhusbekämpfung vorhandenen Materials des Jahres 1911. Die Ergebnisse faßt er in folgenden Schlußsätzen zusammen:

„1. Die Kochsche Lehre, daß der Bazillen ausscheidende Mensch (Kranker oder Bazillenträger) die alleinige Quelle des Typhus ist, erhält durch die Zusammenstellung der Epidemiengruppe vollste Bestätigung.

2. Bei der Weiterbreitung des Typhus ist das Charakteristische Unsauberkeit und Schmutz in der Umgebung Typhuskranker und Bazillenträger.

3. Hierdurch wird aber nicht nur die nähere Umgebung Typhuskranker gefährdet, sondern auch weitere Kreise kommen in Gefahr der Ansteckung, besonders dann, wenn die Typhuskeime in einem Nahrungsmittelbetrieb Verbreitung finden. Da die von Lebensmittelbetrieben ausgehenden Infektionen die größte Bedeutung für die Typhusverbreitung haben, kann der Typhus geradezu als eine Lebensmittel-Infektionskrankheit bezeichnet werden.

4. Die Kontaktinfektion, sofern unter Kontakt die Ansteckung durch direkte Berührung von Person zu Person verstanden wird, spielt in der Verbreitung des Typhus nicht die entscheidende Rolle. Die zu weitgehende Anwendung des sogen. „indirekten Kontaktes" aber ist der Erkenntnis der Typhusverbreitung nicht förderlich, da besonders die Verquickung von indirektem und direktem Kontakt zu Unklarheiten und falschen Schlußfolgerungen in Theorie und Praxis führt.

5. Vernichtung des Krankheitskeimes in Stuhl und Urin durch gründliche Desinfektion bleibt der oberste Grundsatz der Bekämpfung des Typhus, unterstützt durch Hebung des Reinlichkeitssinnes, durch Verbesserung allgemeiner hygienischer Mißstände und besonders durch strenge Kontrolle aller Nahrungsmittelbetriebe. Die Quelle aller Typhusentstehung zum Versiegen zu bringen, wird freilich erst möglich sein, wenn ein Mittel zur Heilung der Bazillenträger gefunden sein wird."

Die Gefährlichkeit von Bazillenträgern, besonders im Küchenbetriebe, lehrte fast wie ein Schulfall eine von K. Bernhuber*) in Passau gemachte Beobachtung. In einem Erziehungsinstitut (einem ehemaligen Palais), das 1897 eingerichtet worden war, erkrankten im Laufe der Jahre wiederholt Personen am gastrischen Störungen. 1902 kam eine klinisch sichere Typhuserkrankung vor; über die übrigen Fälle der gastrischen Störungen ließ sich Genaueres nicht mehr ermitteln. Von 1907 ab erkrankten alle Jahre Personen an Typhus, im ganzen in dieser Zeit 16; drei verliefen tödlich. 1909 nahm man, von der Pettenkoferschen Bodentheorie ausgehend, umfangreiche kostspielige bauliche Änderungen in dem Institut vor: Beseitigung eines alten gemauerten Kanals, der unter dem Hause hindurchzog, ungenügende Gefällsverhältnisse zeigte und mangelhaft durchspült war; Herstellung eines Tonrohrkanals; Aushebung des unreinen Erdreichs unter sämtlichen Fußböden auf eine größere Tiefe, Ersatz durch Kies und Beton, Erneuerung der Fußböden. 1910 wurden weiter wegen des immer wieder auftretenden Typhus sämtliche Schlafsäle, Krankenzimmer, Garderoben, der Studiensaal und der Speisesaal mit Parkettböden, die Aborte mit fugenlosen Estrichböden versehen, die Decken und Wände des ganzen Institutsgebäudes frisch getüncht. Aber 1911 trat trotzdem Typhus, und zwar in der bösartigsten Form auf. Man fahndete nun auf einen Bazillenträger; die Ausleerungen des Küchenpersonals wurden an die Kgl. bakteriologische Anstalt nach München geschickt. Bei einer 70jährigen Köchin fanden sich Typhusbazillen in Reinkultur in den Fäzes, bei ihrer Schwester nur vereinzelt; bei der erneuten Untersuchung derselbe Befund bei ersterer; bei letzterer ein negativer. In Stuhlproben der Zöglinge, desgleichen zweier Mägde, welche Typhus überstanden hatten, fanden sich keine Typhusbazillen. Auch sonst wurden Bazillenträger nicht ermittelt. Die Köchin mit Reinkultur zeigte keinerlei auf Typhus verdächtige Erscheinungen. Vor 22 Jahren hatte sie einen schweren Typhus mit Darmblutungen durchgemacht, vor 14 Jahren litt sie an Gelbsucht. Ihre Schwester war angeblich nie krank gewesen; vielleicht war sie seit einer unerkannt gebliebenen Typhuserkrankung immun geblieben. Es war auch nicht ausgeschlossen, daß bei der Gewinnung der Stuhlprobe das Gefäß verwendet wurde, das vorher bei der Schwester mit der Typhusreinkultur benutzt worden war. Letztere Schwester starb an Kapillarbronchitis, welche durch die Sektion bestätigt wurde, und Herzinsuffizienz. In sämtlichen zur bakteriologischen Untersuchung eingeschickten Organen, im Dick- und Dünndarm, in der Gallenblase und in der Leber wurden Typhusbazillen nachgewiesen. Seit nahezu einem Jahre ist das Institut frei von Typhus.

---

*) Typhusbazillenträgerin in einem Erziehungsinstitut. Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 7.

Zu der wichtigen Frage: „Behandlung der Typhusbazillenträger" macht Dehler*) aus der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz in Frankenthal bemerkenswerte Mitteilungen. Er hat bereits 1907 (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 16 und 43) über seine zwei, als die ersten, Operationen berichtet, welche, ohne dringliche cholezystitische Symptome, nur zur Vertreibung der Typhusbazillen aus der Gallenblase gemacht wurden. Bei beiden Fällen wurden nach der Operation im Laufe des Jahres 1907 noch vereinzelt Typhusbazillen im Kot nachgewiesen (unter 109 Proben in drei vereinzelt bezw. unter 17 Proben in zwei vereinzelt), später wurden keine Bazillen mehr gefunden (in 187 Proben bezw. in 80). Daher scheint die Möglichkeit der operativen Heilung von Typhusbazillenträgern erwiesen. Die Operation bestand in einer Cholezystostomie mit nachfolgender möglichst lange fortgesetzter Drainage zwecks raschen Abflusses der Galle aus Gallengängen und -kapillaren, Ausspülung mit ätzenden Mitteln zwecks Erzielung einer möglichsten Verödung der Gallenblasenwand. Für rationeller war nach Dehler schon damals eine Exstirpation der Gallenblase zu betrachten. Daß die Typhusbazillen bei an akutem Typhus Verstorbenen auch in anderen Organen gefunden werden, spricht nach Dehler nicht dagegen; denn in Monaten nach überstandenem Typhus dürften in blutreichen Organen, auch in den mesenterialen Lymphknoten, die Typhusbazillen allmählich abgetötet sein. Auch waren sie bei den operierten und nicht operierten Bazillenträgern Dehlers im strömenden Blute nicht nachweisbar. Auch wurde bisher bei Sektionen von Typhusbazillenträgern nicht konstatiert, daß die Bazillen außer in der Gallenblase und Leber sich noch in anderen Organen befinden. In dem einen Falle, wo dies nachgewiesen worden ist (Huismann, Münch. med. Wochenschrift, 1909, Nr. 38) seien sie vermutlich durch frische Resorption von den ulzerierten Stellen des Gallenblasenkarzinoms in die übrigen Organe gelangt. Bei einem post mortem zur Untersuchung gekommenen Bazillenträger Dehlers waren aus Milz und Niere entnommene Stücke sowie das Herzblut steril. Aber selbst, wenn nach Exstirpation der Gallenblase und nach möglichst langer Drainage der Gallengänge bezw. des Hepatikus nach außen, etwa in den anderen Organen noch vorhandene Bazillen auf dem Wege durch die Blutbahn, und zwar dann hauptsächlich durch Leber und Gallengänge ausgeschieden würden, so könnte mangels der Möglichkeit des Stagnierens der Galle (wegen fehlender Gallenblase) die Bazillenausscheidung keine anhaltende und reichliche, daher die Gefährlichkeit des Bazillenausscheiders keine große werden. Zwei weitere Fälle werden mitgeteilt. 1. Eine 64jährige Dauerausscheiderin wurde wegen eines akuten Gallenblasenempyems operiert; die Gallenblase erwies sich bereits perforiert, es fanden sich Gallensteine; Cholezystektomie war wegen Gefahr einer Peritonitis nicht möglich. Die Patientin genas. Seit 1907 fanden sich in den zahlreichen Kotproben keine Typhusbazillen mehr. 2. Bei einer 25jährigen Krankenpflegerin trat $^3/_4$ Jahre nach Typhus, nach dessen Ablauf Stuhl und Urin bazillenfrei befunden worden war, Fieber, Ikterus und Schmerzhaftigkeit der Gallenblasengegend auf; einige Zeit darauf auch Typhusbazillen im Urin. Dies wiederholte sich trotz entsprechender interner Medikation dreimal. Darauf Exstirpation der Gallenblase (4. Mai 1910); diese zeigte verdickte, mit kleinen Abszessen durchsetzte Wand, keinen Stein; trübe Galle mit Typhusbazillen in Reinkultur. Entleerung der gesamten Galle (pro Tag bis 425 ccm) nach außen durch Hepatikusdrainage und unter Verabreichung von Natrium choleïnicum. Am 9. Juni 1910 wurden Typhusbazillen in der Galle nicht mehr nachgewiesen; der Kot blieb frei von solchen. Auch nach Schluß der Gallenfistel blieb er davon frei. Die Pat. fühlt sich völlig wohl.

Dehler meint, daß auch Fälle denkbar sind, wo auch ohne dringende Indikation Bazillenträgerinnen eine Cholezystektomie vorgeschlagen werden darf und sollte, z. B. bei in der Nahrungsmittelbranche Beschäftigten, oder bei einer Mutter, die bereits eines ihrer Kinder tödlich infiziert hat. Er sagt zum Schluß: „Ein operativer Eingriff, d. i. eine Cholezystektomie mit möglichst lange durchgeführter Hepatikusdrainage ist berechtigt und angezeigt bei Typhusträgern, bei denen durch wiederholte Untersuchung mit Anreicherungsverfahren Typhusbazillen im Blut und dem (bei weiblichen Patienten mit Katheter entleerten) Urin nicht, wohl aber noch monatelang nach überstandenem akuten Typhus im Kot Typhusbazillen nachgewiesen werden, berechtigt und angezeigt, so lange ihnen nicht durch erhöhte Immunisierung auf serotherapeutischem Wege oder durch andere Mittel radikale Heilung verschafft werden kann." „Die Erwartung, daß durch Isolation, Reinlichkeit, Desinfektion und alle möglichen hygienischen Maßnahmen bei dem einzelnen Patienten eine allmähliche Abnahme der Häufigkeit, Menge und Virulenz der im Kot ausgeschiedenen Typhusbazillen erzielt werden könnte, wurde bei den fünf nicht operierten Bazillenträgerinnen hiesiger Anstalt nicht erfüllt." Letztere sind auch selbst durch die Bazillen, die sie beherbergen, gefährdet mit Reinfektion, akuter Cholezystitis typhosa, hartnäckigen Darmkatarrhen, Gallensteinbildung etc.

Über folgenden Fall von Cholezystitis bei Typhus berichtet John Mc Millan*): Eine Schwangere infizierte sich mit Typhus, indem sie ihren typhuskranken Bruder küßte. Nach Ablauf eines regulären Typhus abdominalis fand die leichte Entbindung von einem sehr kleinen Kinde statt. Acht Wochen nach überstandenem Typhus erkrankte sie an Cholezystitis unter heftigen Schmerzen und galligem Erbrechen sowie Peritonitis. Bei der Operation zeigte sich die Gallenblase mit dem Kolon frisch verwachsen, die Wände entzündlich verdickt, der Inhalt eitrig. Die

*) Zur Behandlung der Typhusbazillenträger. Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 16.

*) Brit. med. Journ., 20. Januar 1912. Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 285.

Galle enthielt zahlreiche Typhusbazillen in Reinkultur; zwei bei der Operation entfernte Gallensteine waren steril.

Coenen*) demonstrierte in der Breslauer chirurgischen Gesellschaft im Januar 1911 eine durch Cholezystektomie geheilte Typhusträgerin, die unmittelbar nach einem Unterleibstyphus unter cholezystitischen Erscheinungen erkrankt war und täglich durch den Stuhl massenhaft Typhusbazillen ausgeschieden hatte. Nach der Cholezystektomie fand noch einige Male Bazillenausscheidung durch die Fäzes statt, später nicht mehr. Die Cholezystostomie sei in solchen Fällen wirkungslos. Coenen weist auf die Mitteilung von Fromme (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, 1911, Bd. 107) über Operationen von Typhusbazillenträgern. Stern hat 1910 über einen Fall von Typhus berichtet, der unter dem Bilde der fieberhaften Erkrankung der Gallenwege verlief und bei dem permanent Typhusbazillen durch Fäzes und Urin ausgeschieden wurden.

Bei einer an typischer Gallensteinkolik erkrankten Frau lenkte eine typhöse Roseola am Abdomen und positive Widalsche Reaktion die Diagnose auf Typhus. Die Operation ergab Eiter und Steine in der Gallenblase; aus der Schleimhaut der Gallenblase wurden Typhusbazillen in Reinkultur gezüchtet. Vermutlich waren sie die Ursache der Cholezystitis.*)

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 573.

*) W. A. Evelyn, Typhuskomplikation durch Cholezystitis. Brit. med. Journ., 11 Mai 1912. Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 1108. (Fortsetzung folgt.)

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma **O. Fritze & Co., Offenbach a. M.** betreffend „Crudol," bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 25. 21. September 1912/13.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Bemerkungen zur Verhütung und Behandlung von Furunkulosen und Dermatitiden bei Geisteskranken.*)

Nach einem Vortrag, gehalten in dem Nordostdeutschen Verein für Psychiatrie und Neurologie am 8. Juli 1912 in Danzig.

Von Dr. *A. Luther*.

So alt die Behandlung unserer Kranken mit Dauerbädern und feuchten Packungen ist, so alt sind auch die Klagen über damit verbundene lästige Nebenwirkungen, das Auftreten von allerlei Hauterkrankungen.

Am meisten wird geklagt über das Auftreten von Furunkulosen, weiter über Ekzeme, von der einfachen Dermatitis bis zu den papulösen und impetiginösen Formen und schließlich auch über die Trichophytiasis, hervorgerufen durch den echten Trichophyton tonsurans.

Wie stark sich diese letztere Erkrankung ausbreiten kann, lehrt eine Veröffentlichung von Würth aus Hofheim aus dem Jahre 1905, wo mit 150 Fällen die Epidemie noch keineswegs ihr Ende erreicht hatte. Bei uns in Lauenburg sahen wir die Trichophytiasis immer nur sporadisch auftreten, und zwar ausschließlich auf der Männerseite. Diese Prädilektion der Krankheit für das männliche Geschlecht wird übrigens auch sonst hervorgehoben.

Die Bemühungen, die Verbreitung dieser verschiedenen Arten von Hautaffektionen durch Desinfektion der Wanne zu verhüten, haben meistens nicht viel Erfolg, da uns hier nur die unsicheren chemischen Mittel zur Verfügung stehen, und außerdem die Ein- und Ausflußöffnung sowie der Überlauf schwer oder gar nicht zu desinfizieren sind.

Bei Kupferwannen hat sich uns noch am besten das Ausscheuern mit Ziegelmehl, dem reichlich denaturierter Spiritus zugesetzt wird, bewährt, während wir Emaillewannen mit 10% Formalinlösung auswaschen. Daß man eine häufige Sterilisation der Badetücher und der Wickeldecken nicht versäumen darf, versteht sich von selbst.

Prophylaktisch wird weiter, wie allgemein bekannt, das Einfetten des Körpers mit Lanolin oder Vaselin vor dem Bade empfohlen. Nach dem Bade läßt Werner, um die Empfänglichkeit der im Bad aufgequollenen Haut gegen das Eindringen der Krankheitserreger herabzusetzen, den ganzen Körper mit Franzbranntwein abreiben, um dadurch die Haut wieder zu härten und zu entwässern. Es fragt sich, ob diese Maßnahme in regelmäßiger Anwendung nicht etwas umständlich und kostspielig ist, zumal ein Abtöten bereits tiefer eingedrungener Keime durch ein oberflächliches Abwaschen mit dem nur wenig desinfizierenden Franzbranntwein doch nicht möglich ist. In gewissen Fällen haben wir zu demselben Zweck Abreiben mit Kampferspiritus und nachfolgende Puderung angewandt.

Leider müssen wir uns gestehen, daß all die erwähnten prophylaktischen Maßnahmen keinen sicheren Schutz gewähren.

Was die interne Behandlung der Furunkulose mit Hefepräparaten anlangt, so sind nach meinen Erfahrungen die Resultate so unsicher, daß man, ab-

*) Aus der Prov.-Heilanstalt Lauenburg i. P. (Direktor Geh. Med.-Rat Dr. Siemens.)

gesehen von den auf diabetischer Grundlage entstandenen Formen, am besten ganz davon absieht.

Was die lokale Behandlung der Furunkel anlangt, so ist man, abgesehen von besonderen Fällen, von der Anwendung des Kreuzschnittes wohl allgemein abgekommen. Hierdurch verzögert man nur die Heilung und hinterläßt außerdem dem Behandelten ein dauerndes Andenken an seinen Arzt. Anders zu bewerten sind natürlich die Stichinzisionen zum Zweck der Entspannung.

Von Schüle wird die zentrale Kauterisation des Furunkels mittels Paquelin ausgeübt, nachdem vorher 3% Novokainlösung injiziert ist. Unsere Kranken dürften sich jedoch kaum in größerer Zahl diese Behandlung gefallen lassen.

Zu verwerfen, abgesehen von Ausnahmefällen, ist die Behandlung mit feuchten pappenden Verbänden, womit man nur große Mengen von Ansteckungsstoff züchtet und die Umgebung des Furunkels durch das Aufquellen zur Aufnahme der Kokken vorbereitet. Muß man schon einmal pappen, so ist die Borsäurelösung der essigsauren Tonerde bei weitem vorzuziehen.

Die Saugbehandlung nach Bier, namentlich wenn man die Umgebung durch Bepinseln mit Ol Rusci oder dergleichen schützt, mag man gelegentlich anwenden, immerhin scheint mir der Effekt, was Schnelligkeit der Heilung anbelangt, nicht allzu groß zu sein.

Die richtigste Methode bei unserem Krankenmaterial ist m. E. die Einleitung einer Präventivbehandlung. Die früher hierzu verwandten Karbol-Quecksilber- und Salizyl-Seifen-Pflaster wirken höchst ungenügend, in den meisten Fällen kommt der Furunkel doch zur Vereiterung.

Bruch empfiehlt das Bestreichen des Furunkels nebst Umgebung mit reinem Ichthyol und dann die Bedeckung mit Leukoplast ohne Gazeunterlage.

Von einem Amerikaner wird das Bedecken des Furunkels mit einem mit Karbolglyzerin getränkten Wattebausch empfohlen, von einem anderen die Injektion von 5 bis 10% Karbolsäure.

Fuchs bepinselt die Umgebung des Furunkels konzentrisch mit Kollodium unter Freilassung des Zentrums. Das Auftragen des Kollodiums wird mehrfach erneuert und der Umfang vergrößert, so daß der Kollodiumrayon wächst und nur das freie Zentrum sein Areal behält.

Ich selbst habe seit etwa zehn Jahren eine Bepinselung des beginnenden Furunkels und der weiteren Umgebung mit 5—10% Salizylkollodium angewandt. Wenn diese Behandlung frühzeitig genug eingeleitet wird, so trocknet der Furunkel meistens ein, in den anderen Fällen, wo es doch zur Einschmelzung kommt, bleibt diese gering, und es bildet sich nur wenig, meist dünnflüssiger Eiter. Als Vorzüge dieser Behandlung sind zu nennen ihre Einfachheit, die schnelle Abnahme der schmerzhaften Spannung, eine möglichste Verhütung der Weiterinfektion und die Häufigkeit der Rückbildung ohne Eiterung.

Als dann die Jodtinktur-Aera in der Chirurgie begann, habe ich anstatt dieses Verfahrens das Bepinseln mit Jodtinktur versucht, eine Maßnahme, die auch Werner empfiehlt. Die gerbende und dadurch kontrahierende Wirkung der Jodtinktur ähnelt der des Kollodiums, günstig wirkt weiter auch wohl die hyperämisierende Eigenschaft des Jods. Vielfach sieht man auch bei dieser Behandlungsmethode die Furunkel schrumpfen. Natürlich muß Wasser ferngehalten werden, da sonst die Wirkung der Jodtinktur illusorisch wird. Man hat hier aber immer mit der besonders bei Frauen verbreiteten Idiosynkrasie gegen Jod zu rechnen, zumal da die Pinselung mehrfach wiederholt werden muß.

In der letzten Zeit bin ich wieder zu dem Salizylkollodium zurückgekehrt, da mir dieses doch der Jodtinktur überlegen zu sein scheint.

Über die Behandlung der Badeekzeme ist nicht viel zu sagen, als daß vor allen Dingen die causa nocens, hier das Wasser, fortfallen muß, dann werden Pulververbände oder Schälpasten schnell eine Heilung herbeiführen. Ich muß Küster, der eine besondere Art infektiösen Ekzems, das in der Klinik in Freiburg vorkam, beschrieb, beipflichten, daß bei Fortsetzung der Dauerbadbehandlung keine Heilung möglich sei.

Eine wesentlich unangenehmere Affektion kann die Trichophytiasis darstellen, besonders wenn sie nicht rechtzeitig bemerkt wird. Bei uns, wo die Krankheit, wie schon erwähnt, immer wieder einmal sporadisch auftritt, stellt sie sich ausschließlich als Herpes tonsurans maculosus et squamosus dar, sie beginnt durchweg an der Innenseite der Oberschenkel und greift von hier aus weiter um sich, läßt aber den Kopf stets frei. Kraepelin empfiehlt dagegen Pinselungen mit Jodtinktur oder Resorzinlösung. Würth wandte Schwefel-Naphthol-Schälpasten und die rote Lassarsche Salbe an. Wachsmuth rät zu Chrysarobin, erwähnt aber nicht, in welcher Form. Mir selbst hat sich seit Jahren als bestes Mittel das fünf- bis zehnprozentige Chrysarobinkollodium bewährt; bei frischeren Affektionen genügt meistens eine einmalige Pinselung. Wichtig ist natürlich, daß man gleich die beginnenden Eruptionen bedeckt und

keine übersieht. — Die Anwendung der Jodtinktur, die ich vergleichsweise probierte, ist viel unsicherer im Erfolg.

Nach diesem Überblick über die wichtigsten Behandlungsmethoden der in Frage stehenden Hauterkrankungen, habe ich noch eine höchst einfache Maßnahme zu erwähnen, die sich mir bei der Behandlung, besonders aber bei der Verhütung dieser Erkrankungen seit zehn Jahren bestens bewährt hat und die uns auch gestattet, bei der bereits ausgebrochenen Krankheit wenigstens einen Teil der Hydrotherapie, in der Gestalt der feuchten Packung, fortzusetzen. **Diese höchst einfache Maßregel ist das Ersetzen des Wassers bei Teil- oder Ganzpackungen durch eine dreiprozentige Borsäurelösung.**

Wir verfahren so, daß wir bei allen Kranken, die irgendwelche Neigung zu Hautreizung oder Hauterkrankung zeigen oder die sich auch nur viel kratzen, zu den etwa nötigen Packungen die erwähnte Borsäurelösung verwenden. Die zur Packung nötige Flüssigkeit, ½ bis 1 Liter, stellt sich das Pflegepersonal selbst her, indem drei gestrichene Eßlöffel, was ungefähr 30 g Borsäure entspricht, in 1 Liter Wasser gelöst werden. Der Preis der Packung stellt sich je nach der Zahl der verwendeten Tücher auf etwa 2 bis 3½ Pfennig.

Irgendwelche **schädliche Nebenwirkungen sah ich nie**, solche sind auch bei der relativen Ungiftigkeit der Borsäure von vornherein unwahrscheinlich. Ein Ersatz der Borsäure etwa durch essigsaure Tonerde ist schon deshalb nicht angängig, weil letztere die Haut stark aufquellen läßt. Wenn auch die bakterizide Kraft der Borsäure nur gering ist, so stellt sie sich, wie die Praxis lehrt, doch als genügend wachstumhemmend dar.

Läßt man die Wickeltücher solange liegen, bis sie an dem Körper des Kranken getrocknet sind, so bemerkt man, wie sich die Borsäure in Form feinsten Pulvers auf dem Körper niedergeschlagen hat, so daß sie dadurch hinterher noch einen gewissen Schutz gewährt.

Badeekzeme heilen meistens gut unter der Anwendung dieser Packung. Bepinselung mit Salizyl- oder Chrysarobinkollodium, wenn man dieses nur genügend lange trocknen läßt, kontraindiziert keineswegs diese Packung.

Ihre **beste Anwendung** finden diese Einwicklungen bei dekrepiden, mit oberflächlichen Eiterungen oder Furunkeln bedeckten Kranken, bei denen man meistens schon nach einigen Tagen völlige Heilung ihrer Hautaffektionen erzielt. Fürchtet man solchen Kranken durch die Packung zuviel Wärme zu entziehen, so kann man natürlich auch die Lösung warm anwenden. Nötigenfalls genügt auch das Anziehen eines in Borsäure getränkten Hemdes mit nachfolgendem Einhüllen in Decken.

Ein Gedanke läge nun nahe, um ebenso wie bei den Packungen auch bei den Dauerbädern Hauterkrankungen sicher zu verhüten, dem Badewasser Borsäure zuzusetzen. Einem solchen Vorgehen steht aber das Bedenken entgegen, daß die Kranken von dem Badewasser größere Mengen trinken und sich dadurch eine Vergiftung zuziehen könnten. Ferner würde auch diese Anwendung recht kostspielig werden. Da nun in den meisten Fällen, mindestens für einige Zeit, die Bäder ganz gut durch Packungen ersetzt werden können, so scheint mir die Erledigung dieser Frage vorläufig nicht dringlich.

Literatur.

Bruch, Münch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1360.
Dehio, diese Wochenschrift, Bd. V, S. 484 und Bd. IX, S. 414.
Deiters, diese Wochenschrift, Bd. VI, S. 388.
Fuchs, Münch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1195.
Kraepelin, Psychiatrie, Bd. I, 1910.
Küster, Münch. med. Wochenschrift, 1907, S. 1571.
Jackson, Deutsch. med. Wochenschrift, 1909, S. 1542.
Schüle, Münch. med. Wochenschrift, 1911, S. 775.
Ward, Deutsch. med. Wochenschrift, 1909, S. 2240.
Wachsmuth, diese Wochenschrift, Bd. XI, S. 193.
Werner, diese Wochenschrift, Bd. XIII, S. 335.
Würth, diese Wochenschrift, Bd. VII, S. 290.

Die Bedeutung der Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung für die Krankenhäuser und speziell die Anstalten für Geistes- und Nervenkranke.

Am 20. Oktober 1901 wurde in Hamburg die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung begründet mit dem Zweck, die Werke hervorragender Dichter in größeren Mengen anzukaufen oder in eigenen Bänden billig herzustellen und an arme deutsche Volksbibliotheken in Deutschland, Österreich, der Schweiz und im Auslande zu verteilen, aber auch jedem einzelnen, durch Erwerbung der Mitgliedschaft,

was gegen einen Mindestjahresbeitrag von 2 M. geschieht, die Möglichkeit zu verschaffen, zu billigem Preise gute und schön ausgestattete Bücher zu kaufen. Die Stiftung untersteht einem Verwaltungsrat, dessen 1. Vorsitzender Staatsminister z. D. v. Hentig-Berlin ist; die Geschäfte führt ein Vorstand, dessen Vorsitzender Dr. Ernst Schultze in Großborstel ist. Sie hat ihren Sitz in Großborstel bei Hamburg. Während sie ihre Existenz und Wirksamkeit mit einem ihr gewordenen Geschenk von 1000 M. begann und noch im Jahre 1902/03 die Einnahmen erst 26801 M. betrugen, beliefen sich letztere im Jahre 1911 auf 186602,82 M., die Ausgaben auf 186170,49 M. An Bibliotheken wurden verteilt 1904: 18063 Bücher, 1911: 106213 Bücher, an eigenen Büchern druckte die Stiftung 1904: 55000 Exemplare, 1911: 235000 Exemplare. Insgesamt hat sie seit Bestehen an Bibliotheken verteilt 434591 Bücher, an eigenen Büchern gedruckt 1495000 Exemplare. Diese Ziffern zeigen am beredtesten den raschen und großen Erfolg und den umfangreichen Wirkungskreis der Stiftung. Der Jahresbericht pro 1911 erläutert dies im einzelnen; er lehrt insbesondere, welche enorme Arbeit in dem Geschäftsbetrieb der Stiftung sich verbirgt; die Zahl der Angestellten beträgt gegen 20. Die Stiftung gliedert sich ihrer Tätigkeit nach in mehrere Abteilungen: die Bibliotheksabteilung, die Verlagsabteilung, die Ortsgruppenabteilung, die Wanderausstellung gegen die Schundliteratur. Die Bibliotheksabteilung hat im Jahre 1911 an 1609 Volks- und Schulbibliotheken 76298 Bände abgegeben. Mit Unterstützung von Regierungen, insbesondere des preußischen Ministeriums für Handel und Gewerbe, das 6000 M. beisteuerte, konnten im Jahre 1911 an 265 Fortbildungsschulbibliotheken 9069 Bücher im Gesamtladenpreiswerte von 13591,75 M. völlig unentgeltlich verteilt werden. Wir übergehen mit Rücksicht auf den Raum den interessanten Bericht über die Mannschaftsbüchereien, die Wanderbüchereien für Feuerschiffe und Leuchttürme, über die Ortsgruppen und die Wanderausstellung gegen die Schundliteratur — bisher hat sie in 44 Städten stattgehabt — und wenden uns zu den Krankenhausbüchereien. Im Jahre 1911 wurden an 110 Krankenhäuser 3114 Bände im Gesamtladenpreiswert von 3604,80 M. verteilt. Laut Jahresbericht pro 1910 hat die Stiftung die Bücher aufs sorgfältigste nach den besonderen seelischen Bedürfnissen Kranker und Genesender ausgesucht, ohne jedoch dabei ihrem Grundsatz, nur literarisch wertvolle Bücher abzugeben, untreu zu werden. Diese Bücher sind in einem hellen, freundlichen, allen hygienischen Anforderungen entsprechenden biegsamen Einband aus abwaschbarem Dermatoidleinen gebunden.

Notwendigkeit und Nutzen guter Lektüre für Kranke braucht an dieser Stelle nicht weiter erörtert zu werden. In meinem Artikel: „Vorlesestunden für Kranke" in Nr 1, Bd. XIV dieser Zeitschrift habe ich diese Frage speziell für Geistes- und Nervenkranke behandelt.

Es darf nicht vergessen werden, daß eine gewisse Notwendigkeit besteht, auch auf das Pflegepersonal durch Ausgabe guter Lektüre erziehlich und fortbildend einzuwirken.

In sehr vielen Anstalten scheitert die Lösung der Frage wohl am Geldpunkt; die Mittel für die Unterhaltungs-Bibliothek sind knapp. Und hier bietet sich gerade für die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung eine äußerst günstige Gelegenheit und ein weites Feld zur Betätigung ihrer Aufgabe: Versorgung weniger bemittelter Bibliotheken mit guter billiger Lektüre. Aber die Stiftung allein kann dies Ziel nicht erreichen, wenn sie nicht durch umfangreiche Aufträge und Bestellungen in die Lage gesetzt wird, unter möglichst günstigen Bedingungen die Bücher herzustellen und damit letztere möglichst billig abzugeben. Darum möchte ich mir erlauben, einen Appell an die öffentlichen wie privaten Anstalten für Geistes- und Nervenkranke wie überhaupt an die Krankenhäuser zu richten: durch tunlichste Berücksichtigung der Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung bei Anschaffung von Büchern diese gemeinnützige Institution bei der Erreichung ihrer wichtigen kulturellen Ziele zu unterstützen. Gelingt es, jahraus, jahrein eine gewisse Zahl von Kranken während ihres Anstaltsaufenthalts dazu zu erziehen, daß sie sich gewöhnen, einen Teil der Mußestunden mit Vertiefung in ein gutes Buch hinzubringen, so wäre das bei manchen ein recht schöner Nebenerfolg der Anstaltsbehandlung. Empfänglich für gute Lektüre oder für Anhören einer solchen ist wohl fast jeder Mensch an sich; es kommt nur darauf an, durch Auswahl des Stoffs dieses Bedürfnis zu veredeln und zu Erziehungszwecken zu verwenden. Der Schriftsteller Brepohl erzählt in seinem Buche „Literatur und Volk" [S. 25]*) recht anschaulich, was er darüber beobachtet, während er sich

*) „Ein Beitrag zu der Frage: ‚Wie gewinnen wir unser Volk für gute Literatur?'" Die Schrift wurde bei einem Preisausschreiben 1910 als die zweitbeste von 680 Arbeiten erklärt.

als Patient in einem großstädischen Krankenhaus befand: einfache Handwerker gewannen bald Gefallen an der besseren Literatur wie an Werken von Hermann Anders Krüger, Sören Kierkegard, Heer etc. und baten ihn, für sie eine kleine Bibliothek nach Titeln zusammenzustellen und teilweise auch zu besorgen. In dem Aufsatz „Krankenhausbüchereien" von Hugo Otto Zimmer in Hamburg in der „Zeitschrift für Krankenpflege", Nr. 6, Juni 1912, wird neben diesem und manchem anderen lehrreichen Hinweis auch mitgeteilt, daß der Wiener Volksbildungsverein an einige Kliniken eine Anzahl billiger Bücher, meist in kleinem Format, schenkt, welche die Patienten beim Verlassen des Krankenhauses sogar mitnehmen dürfen; das Heftchen kostet 10 Pfennig, bei größerer Anschaffung noch viel weniger. Diese Bücherei besteht vorläufig aus je 200 Bändchen.

Aber noch in anderer Weise haben die Ärzte der Anstalten die Möglichkeit, die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung zu fördern: Es verläßt so mancher wohlhabende Patient die Heilstätte mit dem Gefühl der Dankbarkeit und mit dem ganz aus freien Stücken ausgesprochenen Wunsche, für das Haus, in dem er Genesung gefunden, etwas Gutes zu tun. Solche ehemaligen Patienten würden ganz gewiß und gerne ein Scherflein als „Beitrag für die Krankenhaus-Spende" der Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung zuwenden, wenn sie über den guten Zweck der Sache von den Ärzten informiert würden.

Dr. Bresler.

Mitteilungen.

— **Eröffnung der 8. Rheinischen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg*)** (Kreis Kleve), den 3. Juli 1912. Zur feierlichen Eröffnung der neuen Heil- und Pflegeanstalt, welche die Rheinprovinz mit einem Kostenaufwand von über 11 Millionen Mark in Bedburg (Kreis Kleve) errichtet hat, hatten sich am 3. Juli vormittags 11 Uhr im Festsaale der Anstalt zahlreiche Ehrengäste mit den oberen Beamten der Provinzialverwaltung, den Mitgliedern des Provinzialausschusses und vielen Psychiatern vereinigt. Unter den erschienenen Vertretern von Behörden seien hervorgehoben die Herren: Ministerialdirektor Kirchner, der Leiter des preußischen Medizinalwesens, als Vertreter des durch Erkrankung verhinderten Ministers des Innern, Geheimer Ober-Medizinalrat Dr. Moeli, Berlin, der Oberpräsident der Rheinprovinz Staatsminister Freih. v. Rheinbaben, Oberlandesgerichtspräsident Ratjen und Oberstaatsanwalt Rieble, Düsseldorf, als Vertreter der Justizverwaltung, Geheimrat Eich, Landrat des Kreises Kleve, Bürgermeister Dr. Wulff, Kleve, Geheimrat Professor Dr. Kuhnt, Bonn, als Vertreter der rheinischen Universität, Geheimrat Professor Dr. Tilmann als Vertreter der Kölner Akademie für praktische Medizin, Geheimer Sanitätsrat Dr. Rumpe, Krefeld, der Vorsitzende der Ärztekammer. Herr Regierungspräsident Dr. Kruse, Düsseldorf, war im letzten Augenblick an der Teilnahme verhindert worden.

Der Festakt wurde eingeleitet durch den Gesang „Die Himmel rühmen des Ewigen Ehre" vom Anstaltschor. Alsdann ergriff Herr Landeshauptmann Dr. von Renvers das Wort, indem er folgendes ausführte:

„Am gestrigen Tage um die gleiche Stunde hatte ich den Vorzug, das neugegründete Landesbad der Rheinprovinz zu Aachen dem öffentlichen Gebrauche übergeben zu dürfen und damit ein Institut, das in seiner Eigenart in den preußischen Provinzen noch allein dasteht, den Kranken und Bedrängten der arbeitenden Klassen zu eröffnen. 250 Kranke können ständig in dieser Heilstätte Unterkommen finden und ruhig und ohne Sorgen ihrer Genesung entgegensehen. War diese Feier eine erhebende, so ist die Feier des heutigen Tages dies in noch höherem Maße, ist die Provinzial-Verwaltung doch in der glücklichen Lage, heute eine der größten Heilanstalten, die Deutschland und Österreich und auch wohl der Kontinent aufzuweisen haben, zu eröffnen. Wir sind stolz auf den heutigen Tag, einmal wegen der Größe der Aufgabe, die wir glücklich gelöst zu haben glauben, dann aber auch, weil wir dieses große Werk ganz aus eigner Kraft, mit eignen Mitteln und mit eignem Personal durchgeführt haben, ein Zeugnis für die Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Zunächst bitte ich, mir zu gestatten, auf den ersten Punkt unserer freudigen Stimmung, die Größe der geleisteten Aufgabe, eingehen zu dürfen."

Der Redner entwarf dann ein Bild von der Entwicklung des Irrenwesens in der Rheinprovinz und von der großartigen, für 2200 Kranke berechneten neuen Anstalt, die in Nr. 20 bis 24 dieser Wochenschrift beschrieben ist. Er gedachte ferner derer, die an dem Bau der Anstalt mitgewirkt haben, und der großen Verdienste der ausführenden Firmen. Er übergab die fertige Anstalt dem Provinzial-Ausschuß mit der Bitte, sie vertrauensvoll dem von ihm bestellten und an anderer Stelle, in Johannisthal, schon lange erprobten Direktor der Anstalt Dr. Flügge zu überantworten. „Ich tue das mit dem Bewußtsein, daß die Anstalt in die rechte Hand gelegt wird und daß ihr Wirken zum Segen unserer Provinz gereichen wird." (Bravo.)

Als zweiter Redner richtete dann der Vorsitzende

*) Teilweise nach dem Bericht des Düsseldorfer General-Anzeigers vom 4. 7. 12.

des Provinzialausschusses, Graf Beissel von Gymnich, herzliche Worte der Begrüßung an die Vertreter der Behörden und die Ehrengäste im Namen des Provinzial-Ausschusses. Alsdann brachte er den Dank des Provinzialausschusses an alle, die bei der Entstehung und Vollendung der Anstalt mitgearbeitet haben, noch im einzelnen mit folgenden Worten zum Ausdruck:

„Den Dank richte ich in erster Linie an Sie, mein hochverehrter Herr Landeshauptmann. Als Sie im Jahre 1903 an die Spitze der rheinischen Provinzialverwaltung traten, kamen Sie als der Mann unsres Vertrauens, und wenn ich jetzt auf die Reihe von Jahren gemeinsamer Arbeit zurückblicke, dann darf ich sagen: Sie sind auch heute noch der Mann unsres Vertrauens. (Bravo.) Durch kluge Verwaltungskunst, durch eine unermüdliche, schier bewundernswerte Arbeitskraft und Arbeitsfreude, durch Ihre entgegenkommende Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft haben Sie die Provinzialverwaltung einer glücklichen Entwickelung entgegengeführt, ihr das Vertrauen der Bevölkerung und die Sympathie aller Behörden erworben. Ich weiß, daß ich aus dem Herzen meiner Kollegen im Provinzial-Ausschuß und aller Mitglieder der Provinzialvertretung, wie der Provinzialverwaltung spreche, wenn ich Ihnen mit dem Glückwunsch zur Vollendung der schönen Anstalt, die wir heute feiern, diesem neuen Erfolg Ihrer Tätigkeit, den herzlichen Dank und das unveränderliche Vertrauen ausspreche. (Bravo.)

Herzlichen Dank muß ich aber auch aussprechen allen denen, die Ihnen bei der Errichtung dieser Anstalt Mitarbeiter und Helfer waren. Zunächst dem Dezernenten Herrn Landesrat Dr. Horion, der die wichtige Abteilung der Anstaltsverwaltung und des Armenwesens mit trefflicher Sachkenntnis und Umsicht verwaltet und die umfangreichen Arbeiten, die die Schaffung und Einrichtung einer so großen Anstalt erfordert, in — ich darf sagen — mustergültiger Weise geleitet hat. Es ist in der Tat keine kleine Aufgabe, alle die vielen Kräfte, die hier mitwirken, zu harmonischem Wirken zu vereinigen und den richtigen Ausgleich zu schaffen zwischen technischen und ärztlichen Wünschen und der finanziellen Möglichkeit.

Der Entwurf zum Bau der Anstalt verdankt sein Entstehen demselben technischen Dreigestirn, das auch unsere schöne Anstalt Johannisthal geschaffen hat: dem allverehrten Senior unserer Oberbeamten, Herrn Geheimen Baurat Ostrop, der von der ersten Anstalt in den 1870er Jahren bis jetzt an allen Anstalten der Provinz mitgearbeitet hat, dem bewährten Herrn Landesbaurat Baltzer und Herrn Landes-Bauinspektor Hirschhorn, der dazu auch noch unter tatkräftiger Unterstützung durch Herrn Regierungsbaumeister Penners wie in Johannisthal die örtliche Bauleitung in vortrefflicher Weise besorgt hat. Von besonderer Bedeutung sind in der neuen Anstalt die Einrichtungen für Licht- und Kraftversorgung, Koch- und Waschküche, besonders aber für die Heizung. Herr Landes-Oberingenieur Oslender hat hier, zum Teil neue Wege gehend, in rastloser Arbeit Anlagen geschaffen, die ihm die Anerkennung der Techniker und unseren warmen Dank sichern. Als ärztliche Berater waren tätig unser verehrter Herr Geh.-Rat Öbeke und, nachdem er auf seinen Wunsch im Interesse seiner Gesundheit aus dem Amte als Landespsychiater geschieden war, sein Amtsnachfolger, Herr Geheimrat Dr. Neuhaus, besonders aber auch Herr Dir. Dr. Flügge. Er hat auch seine reiche Erfahrung als Direktor der neuen Anstalt Johannisthal in verwaltungstechnischer Hinsicht in den Dienst der Sache gestellt, wobei ihm der trefflich bewährte Herr Verwaltungs-Inspektor Föhrenbach in verdienstvoller Weise zur Seite stand, der insbesondere auch den landwirtschaftlichen Betrieb der Anstalt in einer Weise eingerichtet hat, die das Herz der Landwirte unter uns sicher erfreuen wird. Nicht vergessen darf ich auch der dankenswerten Hilfe des Herrn Regierungs- und Geheimen Baurats Graf in der wichtigen Frage der Abwässerbeseitigung und der Sorge des Herrn Königlichen Forstmeisters Deselaers für unseren schönen Wald und des Herrn Gartenbaudirektor Freiherrn von Engelhardt für den gärtnerischen Schmuck der Anstalt.

Ich kann nicht jeden Einzelnen nennen, der in treuer Arbeit zur Vollendung des großen Werkes beigetragen hat, aber jedem möchte ich danken, den beteiligten Beamten und Angestellten der Zentralstelle, wie der örtlichen Bauleitung, den Unternehmern, die die Arbeiten ausgeführt haben, und ihren Angestellten und Arbeitern. Ein so großes Werk, wie diese Anstalt, erfordert ein außerordentliches Maß von Arbeit und Umsicht, und es kann nur gelingen, wenn jeder seine Pflicht tut an der Stelle, an die er hingestellt wird, das gilt für Große wie für Kleine. Jede Arbeit ist nicht nur ihres Lohnes wert, sondern auch des Dankes, und diesem Danke möchte ich hier recht herzlich Ausdruck geben für alle.

Nun erübrigt nur noch, die vollendete Anstalt dem vom Provinzial-Ausschuß berufenen Direktor, Ihnen, mein verehrter Herr Dir. Flügge, zu übergeben. Sie sind ein Beamter, der sich in wichtiger und schwieriger Stellung bewährt hat, Sie kennen aus eigener Übung den guten Geist, der dank der treuen Arbeit unserer trefflichen Direktoren und Ärzte stets in den rheinischen Provinzial Heil- und Pflegeanstalten herrschte. Ich brauche Ihnen deshalb nichts über die Pflichten Ihres neuen Amtes zu sagen. Sie wissen auch, daß es Wunsch und Wille des Provinzial-Ausschusses ist, daß in unseren Anstalten alles geschieht, was den Kranken Heilung bringen und ihnen den Aufenthalt behaglich gestalten kann, damit den Angehörigen der Trost bleibt, daß sie ihre Lieben wohlversorgt wissen. Wir haben das Vertrauen, daß Sie in gemeinsamer Arbeit mit den Ärzten und dem Verwaltungs- und Pflegepersonal die Anstalt in diesem Geiste führen werden.

So übergebe ich Ihnen denn die Anstalt. Möge Gottes Segen auf ihr ruhen und möge es Ihnen vergönnt sein, mein verehrter Herr Direktor, sie viele Jahre zu leiten zum Heile der Kranken und zur Ehre unserer schönen Rheinprovinz. Das walte Gott!"

Die Worte des Vorsitzenden des Provinzialausschusses riefen den lebhaftesten Beifall der Fest-

versammlung hervor. Herr Direktor Dr. Flügge übernahm die Anstalt, indem er zugleich im Namen der Ärzte und Beamten seine Freude ausdrückte, an einer so großen und schönen Anstalt wirken zu dürfen. Die Provinzialverwaltung habe alles getan, was die Arbeitsfreude heben könne. Mehr als je sei ihm die hohe Verantwortung bewußt, die ihm durch die Leitung dieses gewaltigen Instituts auferlegt werde. Nach bestem Wissen und Gewissen werde er bestrebt sein, die Anstalt zu fördern und das Wohl der Kranken dabei stets an erster Stelle im Auge zu behalten. (Beifall.)

Herr Oberpräsident Staatsminister Freiherr von Rheinbaben hob die Bedeutung der Feier als Abschluß der großen reformatorischen Tätigkeit der Rheinprovinz auf dem Gebiete der Irrenpflege hervor. Wenn Deutschland erfreulicherweise ein Wachstum der Bevölkerung verzeichnen könne, so liege der Grund nicht in dem zunehmenden Geburtenüberschuß, sondern in der sinkenden Sterbeziffer, und das sei dem Zusammenarbeiten von Staat, Provinzial- und Gemeindeverwaltungen zu danken. Bedauerlich sei dagegen die große Zunahme der Geisteskranken. Das Wichtigste in ihrer Behandlung sei die Pflege der Seele. Und da sei hier das, was eine Stadt allmählich in Jahrzehnten, ja in Jahrhunderten schafft, dank der Weitsicht der Provinzialverwaltung mit einem Schlage geschaffen worden. Dankbar müsse man anerkennen, was die Provinzialverwaltung getan habe, um an die Psyche der Kranken zu kommen, und man dürfe hoffen, daß die Tätigkeit der Provinz reiche Früchte tragen werde. Mit Dank gedachte dann der Oberpräsident des Wirkens des jetzigen Landeshauptmanns Dr. von Renvers und seines Vorgängers Dr. Klein, sowie der Verdienste des Provinzialausschusses und seines Vorsitzenden Grafen Beissel von Gymnich. Zum Schluß gab er folgende Auszeichnungen bekannt: Es wurde verliehen der Charakter als Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrat mit dem Range der Räte erster Klasse dem Landeshauptmann Dr. v. Renvers, der Rote Adlerorden vierter Klasse dem Landes-Bauinspektor Hirschhorn, dem Landes Oberingenieur Oslender und dem Anstaltsdirektor Dr. Flügge, der Kronenorden vierter Klasse dem Verwaltungsinspektor Föhrenbach, das Allgemeine Ehrenzeichen in Silber dem Obermonteur Schmitt und dem Bauaufseher Buntrock.

Nachdem noch Herr Ministerialdirektor Kirchner die besten Wünsche des Ministers des Innern für die Ärzte, die Anstalt und die Kranken, und Herr Geheimrat Dr. Kuhnt die Grüße der medizinischen Fakultät der Universität Bonn überbracht hatte, gab Herr Landesrat Dr. Horion, bevor die Festteilnehmer in verschiedenen Gruppen zur Besichtigung der Anstalt aufbrachen, die nachfolgende Erläuterung der umfangreichen Anlagen:

Mir ist die Aufgabe gestellt, vor Antritt des Rundganges Ihnen noch einige Erläuterungen zu geben, die zum Verständnis dessen, was wir Ihnen zeigen werden, dienen sollen. Der erste Gesichtspunkt, der den Provinzialausschuß und die Provinzial-Verwaltung bei der Projektierung der Anlage leiten mußte, war der, es muß Platz und zwar möglichst viel Platz geschaffen werden: Wie berechtigt dieser Gesichtspunkt war, zeigen Ihnen folgende Zahlen: 14500 Kranke haben wir heute schon in unserer Fürsorge: 450 kommen jährlich hinzu. Vor 9 Monaten aber sind die ersten Kranken hier in die halbfertige Anstalt hineingebracht worden und heute sind schon 1400 hier. Dabei haben wir, um diese Zahl zu erreichen, nicht etwa die übrigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten und die uns zur Verfügung stehenden Privatanstalten entvölkert, vielmehr sind auch sämtliche Privatanstalten voll belegt und die Provinzialanstalten zeigen heute noch eine Ueberbelegung über die Normalziffer um 250 Kranke. Hieraus ersehen Sie, daß mit der Belegungszahl von 2200 Kranken für die neue Anstalt keineswegs über das Bedürfnis hinausgegangen ist.

Der zweite Gesichtspunkt, der der Provinzial-Verwaltung aber stets vorschweben mußte, war die Frage: wie können wir die Kosten nach Möglichkeit beschränken, und zwar sowohl die Kosten der Erbauung der Anstalt, wie vor allem auch die Kosten des Betriebes. Selbstverständlich spielt hierbei die Frage der absoluten Gesamtkosten nur eine untergeordnete Rolle. Denn es ist klar, daß eine Anstalt für 2200 Kranke, im Bau sowohl als im Betrieb absolut, weit teurer sein muß als eine solche für 1000 Kranke.

Die Gesamtkosten erscheinen daher auch hier auf den ersten Blick erschreckend hoch, 11215000 Mark waren vom Provinzial-Landtag zum Bau der Anstalt zur Verfügung gestellt. Dieser Betrag wird zwar nicht vollständig verbraucht werden, vielmehr werden eine 100000 Mark erspart und die Summe von 11000000 Mark ausreichen, und wie Ihnen weiter der der Denkschrift beigefügte Haushaltsplan der Anstalt zeigt, ergibt dieser in Einnahme und Ausgabe den hohen Betrag von 1377000 Mark. Alle diese absoluten Zahlen beweisen aber für die Frage, ob die Anstalt in Bau und Betrieb billiger oder teurer ist, nichts, vielmehr ist hier ausschlaggebend nur die Beantwortung der Frage, was kostet der einzelne Platz in der Anstalt, was wird der einzelne Kranke pro Tag kosten? Der möglichsten Herabdrückung dieser Einzelsätze glaubte die Provinzialverwaltung ebenfalls durch die bis jetzt ungewöhnliche Größe der Anstalt näher zu kommen. Bei dem Gesamtkostenbetrag von 11000000 M. bleiben nämlich die Kosten pro Bett mit 5000 Mark unter den in den letzten Jahren bei Irrenanstalten üblichen zurück. Sie bleiben ganz besonders zurück, wenn man bedenkt, daß darin die Kosten des Grunderwerbs, des Inventars und der Bauzinsen mit etwa 2200000 Mark enthalten sind, sodaß nach deren Abzug das Bett nur noch 4000 Mark kostet. Ferner ist aber bei Würdigung dieser Zahlen in Betracht zu ziehen, daß die Anstalt eigene wirtschaftliche Einrichtungen und Beamtendienstwohnungen in einem Umfange besitzt, wie wohl bisher noch keine zweite Anstalt.

Ich nenne hier die elektrische Zentrale, das Wasserwerk, den Schlachthof, die Metzgerei, die Bäckerei, die Eisfabrik, das Werkstättengebäude, das Fernheizwerk, die 3 Gutshöfe, den landwirtschaftlichen Grundbesitz, die Gärtnerei, die Rieselfelder, den Eisenbahnanschluß, die Schmalspurbahn und die 64 Familiendienstwohnungen. Gerade diese weitgehende Ausdehnung der wirtschaftlichen Einrichtungen vermehrt die einmaligen Ausgaben für den Bau, vermindert aber die Betriebskosten und die Unterhaltungskosten des Kranken pro Tag. Wie weit sich die Erwartungen der Verwaltung in diesem Punkte erfüllen werden, ist selbstverständlich heute noch nicht zu sagen, es können nur mehr oder minder genaue Wahrscheinlichkeitsberechnungen aufgestellt werden. Auf Grund dieser glauben wir aber zu der Annahme berechtigt zu sein, daß die Kosten des Kranken pro Tag 1,40 Mark nicht übersteigen werden, wobei allerdings die Kosten der Verzinsung und Tilgung des Baukapitals nicht in Anschlag gebracht sind.

Mit dem Gesichtspunkte, Platz zu schaffen und die Kosten zu beschränken, mußte aber auch Hand in Hand gehen das Bestreben, die Unzuträglichkeiten, die aus einem so außerordentlich großen und vielseitigen Betriebe befürchtet werden können, möglichst zu vermeiden. Dazu dient einmal eine geeignete Organisation des ärztlichen und Verwaltungsdienstes, die besonders auf eine Entlastung der leitenden Stellen und auf Hebung der Arbeitsfreude bei den Beamten, durch Übertragung eigener Verantwortlichkeit hinausgeht. In baulicher Hinsicht kam hier in Betracht die Auflösung der Anstalt in einzelne Krankenpavillons, die eine angemessene Trennung der einzelnen Arten von Kranken ermöglichte. Allerdings mußte auch hier wieder der Gesichtspunkt der

Sparsamkeit im Auge behalten werden und daher mit der Teilung nicht auf zu kleine Einheiten herabgegangen werden, selbst auf die Gefahr hin, daß dadurch die Bauten im Äußeren den Charakter des Pavillons verloren, vielmehr den des Anstaltsmäßigen annahmen.

Diese Auflösung in Einzelbauten, deren geschickte Gruppierung, und die Ausnutzung des dazwischen liegenden Waldes haben es denn auch vor allem vermocht, den bei großen Irrenanstalten und bei den äußerlich vielfach unangenehmen Formen einzelner Kranker so leicht eintretenden abstoßenden Eindruck eines großen geistigen Massengrabes, einer Anhäufung von menschlichem Elend, zu vermindern. Immer wieder sieht der Kranke sowohl wie der Besucher neben und zwischen dem manchmal unschönen Anblick der Kranken ein schönes Landschaftsbild, einen Garten, ein Blumenbeet, eine blumengeschmückte Veranda, ein hübsches Gebäude oder die Aussicht auf ein in der Ferne liegendes großes Bauwerk.

Auch im übrigen mußte selbstverständlich der oberste Maßstab bei der Anlage das Wohl der Kranken bilden. Die moderne Psychiatrie hat uns ja den Weg gezeigt, wie wir diesen unseren unglücklichen Mitmenschen, die vom Geschicke verurteilt sind, lange Zeit, meist zeitlebens hier zuzubringen, ein wenigstens einigermaßen erträgliches Dasein zu schaffen, und einen Teil von ihnen auch dem freien Leben wieder zurückgeben zu können. Aus dem Gefängnis, das die Irrenanstalt früher darstellte, ist ein Kranken- und Pflegehaus geworden; möglichst freie Behandlung, keine Einsperrungen und Vergitterungen, Vermeidung der Isolierung, keine Zwangsjacken oder körperlichen Zwangsmittel, dafür Aufsicht, Beschäftigung, Bettruhe und nötigenfalls Dauerbäder, möglichste Anpassung an die gewohnten häuslichen Verhältnisse, Gewährung von Gelegenheit zum Gottesdienste, sowie zu Vergnügungen, das sind die Grundsätze, nach denen die Kranken hier behandelt werden und die auch im Bau durchgeführt wurden. Nicht nur an die Kranken selbst denken wir hierbei, sondern auch an ihre Angehörigen, die manchmal ja unter der Krankheit des Vaters, der Mutter oder des Kindes noch schwerer leiden, als der Kranke selbst, und die daher auch vor allem dankbar dafür sind, wenn sie sehen, wie gut die ihnen nahe Stehenden hier aufgehoben sind.

Wenn allerdings die im Interesse des Kranken liegende freie Behandlung den Interessen der Allgemeinheit widerspricht, so muß das öffentliche Wohl vorgehen, dieser Fall liegt bei den gemeingefährlichen Geisteskranken, bei den sogenannten irren Verbrechern, vor. Ihre Zahl ist zwar verhältnismäßig unter der Gesamtzahl nicht sehr groß, aber für sie mußten doch besondere Einrichtungen in dem Bewahrungshaus für irre Verbrecher mit 58 Plätzen getroffen werden. Hier mußte der oberste Grundsatz sein: unbedingte Festhaltung der unter Umständen außerordentlich gefährlichen Individuen. Daher sehen wir hier hohe Mauern, strengsten Abschluß und weitgehende Vergitterung aller Fenster und Türen, sowie eine Bauart, bei der alles äußerlich Schöne und Behagliche erst in zweiter Linie kommt und zurücktreten muß vor dem Gesichtspunkte möglichster Festigkeit, Sicherheit und Überwachungsmöglichkeit.

Am Nachmittag vereinigte man sich dann wieder im Festsaale des Gesellschaftshauses zu einem Festmahle, bei dem die Ansprachen des Vormittags noch durch manches gute Wort fortgesetzt und ergänzt wurden. Herr Oberpräsident Freiherr von Rheinbaben gedachte, anknüpfend an das heute Gesehene, der sozialen Fürsorge des Kaisers und der charitativen Tätigkeit der Kaiserin und brachte ein Hoch auf das Kaiserpaar aus, das lauten Widerhall fand. Herr Landeshauptmann Dr. von Renvers leerte sein Glas auf das Wohl der Gäste, Herr Ministerialdirektor Kirchner sprach im Namen der Medizinalverwaltung und der Medizin überhaupt und feierte die Verdienste der Selbstverwaltung, Herr Graf Beissel von Gymnich trank auf die Psychiater, deren Dank in humorvoller Rede Herr Geheimer Sanitätsrat Professor Dr. Peretti als ältester Psychiater der Rheinprovinz zum Ausdruck brachte. Sein Toast klang in ein Hoch auf das rheinische Vaterland aus. So verlief das Mahl in festlich gehobener Stimmung, bis die Abfahrtszeit des Sonderzuges nahte, der die Gäste wieder nach Düsseldorf und von dort in die anderen Städte der Rheinprovinz zurückbrachte.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Roda.** Dem Med.-Rat Direktor Dr. Schaefer wurde das Ritterkreuz des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens verliehen.

— **Paris.** Prof. Dr. Magnan, Chefarzt der Irrenanstalt St. Anne, tritt nach 45 jähriger segensreicher Tätigkeit in den Ruhestand.

— **Zürich.** Dr. Hans W. Maier hat sich für Psychiatrie habilitiert.

— **Kreuzburg O.-S.** Arzt Dr. Paul Marcks aus Bublitz i. Pom. vom 1. Juli d. Js. ab als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Kreuzburg O.-S. angestellt.

— **München.** Privatdozent der Psychiatrie Dr. W. Spielmeyer in Freiburg i. B. ist an Stelle von Prof. L. Alzheimer als Leiter des anatomischen Laboratoriums der psychiatrischen Klinik an der Universität in München berufen worden.

— **Ilten.** Anläßlich des 50 jährigen Jubiläums der Heilanstalt Ilten wurde der Besitzer und leitende Arzt derselben, Dr. Rudolf Wahrendorf, der Sohn des im Jahre 1898 verstorbenen Begründers der Anstalt, Geh. San.-Rats Dr. Ferdinand Wahrendorf, zum Sanitätsrat ernannt.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Einen „Fall von 38 jähriger Typhusbazillenbeherbergung" teilt I. Philipowicz*) aus der ersten chirurg. Klinik in Wien mit. Bei der 49 Jahre alten Patientin, die mit elf Jahren Typhus abdominalis durchgemacht hatte, wurde wegen infolge Cholelithiasis eingetretener akuter Entzündung der Gallenblase die Cholezystektomie ausgeführt. Die Patientin wurde 15 Tage nach der Operation nach reaktionslosem Wundverlauf geheilt entlassen. Vier Tage nach der Operation gelang es nicht mehr Typhusbazillen im Stuhle nachzuweisen trotz Zuhilfenahme sämtlicher Anreicherungsverfahren. In der Galle befanden sich Typhusbazillen fast in Reinkultur; sie wurden von hochwertigem typhusagglutinierendem Serum noch in der Verdünnung 1:1000 deutlich makroskopisch agglutiniert. Dagegen zeigten sie im Tierexperiment keine Virulenz (eine Öse einer 24 stündigen Schrägagarkultur, in

*) Wiener klin. Wochenschrift, 1911, S. 1801.

1 cm³ physiolog. Kochsalzlösung aufgeschwemmt, wurden einem Meerschweinchen von 200 g Gewicht intraperitoneal injiziert, desgleichen später 1 cm³ einer 24 stündigen Bouillonkultur). Auf diese abgeschwächte Virulenz führt Philipowicz es zurück, daß in der Umgebung der Patientin (angeblich) nie eine typhusähnliche Erkrankung vorgekommen ist. Der Verfasser nimmt an, daß die Typhusbazillen die Bildung der Gallensteine verursacht haben. Der Steinkern war steril. — Ein Fall von 52 jähriger Typhusbazillenbeherbergung ist von Gregg (Boston Med. and Surg. Journ., 1908, Nr. 3, zit. von Philipowicz), einer von 50 jähriger von Jundell (Hygiea, 1910, zit. ebenda) mitgeteilt worden.

In seinem Aufsatz: „Erfolgreiche Versuche zur Entkeimung von Bazillenträgern durch aktive Immunisierung und die hygienischen Konsequenzen“ *) berichtet Petruschky-Danzig über die wirksame Entkeimung der Diphtheriekeimträger mittels aktiver Immunisierung und empfiehlt, auch bei Typhusbazillenträgern die Versuche der Entkeimung durch aktive Immunisierung wieder aufzunehmen, und zwar in eigens für solche Personen zu errichtenden Genesungsheimen, und wenn es wirklich nicht gelingen sollte, die bereits chronischen Dauerausscheider von Typhusbazillen noch zu entkeimen, so müßte das Gewicht auf rechtzeitige Entkeimung in den Frühstadien, also namentlich in die Zeit vor der Entlassung aus der Behandlung gelegt werden, wobei wegen der Steigerung der natürlichen aktiven Immunität durch die Behandlung mit abgetöteten Vollbakterien die Entkeimung noch am ehesten Aussicht auf Erfolg haben könnte. Petruschky selbst hat schon 1902 (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 1902, Bd. 40) versucht, bereits in den ersten Krankheitsstadien des Typhus, sogleich nach Sicherung der Diagnose, durch Einleitung einer aktiven Immunisierung mit kleinen Dosen abgetöteter Vollbakterien die natürlichen Immunisierungsvorgänge zu beschleunigen und die Krankheit abzukürzen; in einer ganzen Anzahl von Fällen ist es ihm gelungen und in keinem derselben war eine Fortsetzung der Bazillenausscheidung über die Rekonvaleszenz hinaus zu beobachten. Er empfiehlt Wiederaufnahme und Nachprüfung dieser Behandlung.

Plehn**) empfiehlt zur Behandlung der Typhusbazillenträger sehr große Mengen von Karlsbader Salzlösung (überhaupt salinische Abführmittel) und darauf direkt, solange der Stuhl noch flüssig, Kalomelbehandlung; damit ist es ihm in einem Falle von typhöser Cholezystis mit massenhafter Bazillenausscheidung gelungen, den Stuhl bazillenfrei zu machen. (Auf diese Weise behandelt er auch die Ruhr).

Wo als Ursache von Typhus und anderen infektiösen Darmkrankheiten verunreinigtes Trinkwasser in Betracht kommt oder vermutet wird, da spielt für die Vorbeugung und für die Verhütung von Seuchen der Gebrauch der Berkefeld-Filter eine große und wirksame Rolle. Sie liefern, wie experimentell und zwar besonders auch für Typhusbazillen nachgewiesen, ein bakterienfreies Filtrat und werden sowohl für den Hausgebrauch und die Reise wie für die Massenwasserversorgung, für Wasserleitung wie für Pumpen hergestellt. Als Armeefilter haben sie sich bei militärischen Expeditionen, so in China, Südwestafrika etc. vortrefflich bewährt. (Sie finden bekanntlich auch in zahlreichen industriellen Betrieben und in Laboratorien zur Gewinnung steriler Flüssigkeiten ausgedehnte Anwendung.)

Sehr beachtenswerte Mitteilungen über die Schutzimpfung gegen Typhus macht Hartsock, Sanitätsmajor in der Armee der Vereinigten Staaten.*) In der amerikanischen Armee ist die Schutzimpfung gegen Typhus gegenwärtig obligatorisch; die Vakzine wird in dem Armeelaboratorium zu Washington unter Aufsicht des Sanitätsmajors Russel hergestellt. Die durch Erzeugung gewisser Quantitäten von Antikörpern erreichte Immunität dauert ungefähr drei Jahre oder auch länger an. Die ungefähr am 6. oder 7. Tag nach der Injektion erscheinenden Agglutinine bestehen in der Regel 1 bis 2, manchmal auch bis 7 Jahre. Die Widalsche Reaktion ist 10 Tage nach der Impfung positiv bei der Verdünnung 1:20000 und bleibt ein Jahr lang hoch. Auch Bakteriolysine entwickeln sich; der opsonische Index steigt; beides ist nicht von der Dauer wie die Agglutinine. Die in der Armee der Vereinigten Staaten benutzte Vakzine entstammt einer viele Jahre hindurch gezüchteten Kultur, die beinahe avirulent ist und große Mengen Antikörper erzeugt.

„Die Bazillen werden auf Agar in großen Flaschen kultiviert und 18 Stunden lang inkubiert. Die Kultur wird sodann mit einer Salzlösung abgewaschen, das Residuum im Wasserbade bei 56° C eine Stunde lang gehalten; größere Hitzegrade zerstören die Immunitätskraft der Vakzine. Die Emulsion wird berechnet, sodann verdünnt, so daß 1 ccm 1000000 Bazillen repräsentiert; $^1/_4$ von 1 $^0/_0$ Trikresol wird hinzugefügt und die Lösung in versiegelten Ampullen aufbewahrt.“ Kontrollen finden selbstverständlich statt.

Es wird zuerst $^1/_2$ ccm (= 500 Millionen Bazillen) subkutan an der Ansatzstelle des Deltoidmuskels injiziert nach voraufgegangener Pinselung der Injektionsstelle mit Jodtinktur; nach 10 Tagen bis zwei Wochen 1 ccm, nach Ablauf des gleichen Zeitraums nochmals 1 ccm. — Die Gefahr der sogenannten negativen Phase (Steigerung der Ansteckungsempfänglichkeit in dieser Periode) ist ausgeschlossen. An der Injektionsstelle tritt zunächst ein leichtes Stechen ein; nach ungefähr fünf Stunden erscheint leichter Kopfschmerz und ein mäßiger Grad von Schlaffheit, zuweilen auch etwas Fieber, die Injektionsstelle erscheint rot und empfindlich im Durchmesser von ca. 8 cm, die Drüsen in der Achselhöhle sind für 24 bis 72 Stunden mäßig geschwellt. In 95% der Fälle sind die allgemeinen Symptome nach 24 Stunden vorüber. Schwerere allgemeine Reaktionen kommen vereinzelt vor; bei 34284 Impfungen wurden aber gefährliche Folgen nicht beobachtet. In ca. 92 bis 95% geht die Reaktion ohne oder mit nur sehr geringer Temperaturerhöhung und mit nur sehr geringen allgemeinen Symptomen einher.

Von den trotz Schutzimpfung Gestorbenen entfielen nach Kuhn (zit. bei Hartsock) 60% auf

*) Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 28.
**) Berl. klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 30.

*) Schutzimpfung gegen Typhus. Wien. klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 9.

die Fälle, welche nur eine Injektion erhalten hatten, 33% auf die mit zwei Dosen, 1 bis 3% auf die mit drei Dosen. Auch die milderen Fälle sind bei den Geimpften viel häufiger als bei den Ungeimpften. In der Armee der Vereinigten Staaten kamen bei 12644 Geimpften nur fünf Typhuserkrankungen ohne Todesfall vor; unter den Nichtgeimpften 418 mit 32 Todesfällen. Bei den jüngsten Divisionsmanövern in Texas, wobei die Truppen vier Monate im Felde und im geschlossenen Lager waren und eine große Fliegenplage herrschte, trat bei 12801 Geimpften nur ein Typhusfall auf, zur selben Zeit in der anliegenden Stadt 49, wovon 19 Todesfälle. 1908 kamen bei den Truppen des 7. Armeekorps, das in Jacksonville in Florida konzentriert war, ohne Schutzimpfung 1729 Typhuserkrankungen mit 248 Todesfällen vor. Nach der Statistik über die Impfresultate bei den englischen Truppen in Indien, 1909, kamen auf 1000 Geimpfte 5,39, auf 1000 Ungeimpfte 30,4 Typhuserkrankungen, auf 1000 Geimpfte 8,9, auf 1000 Ungeimpfte 16,9 Todesfälle. Hartsock erachtet danach die Schutzimpfung für wertvoll: 1. bei allen Personen während einer Epidemie, 2. in Armeen, 3. bei Wärtern, Hospitalpersonal und Ärzten, 4. bei Lagerpartien, Reisenden, 5. bei jungen Personen.

Typhusschutzimpfung wurde u. a. bei den französischen Truppen in Marokko in großem Umfang ausgeführt. Vincent*) berichtete darüber in der Akademie de Médecine zu Paris im Dezember 1911. Er hat 285 Soldaten gegen Typhus geimpft, teils mit der Vakzine von Wright, teils mit seinem eigenen durch Äther sterilisierten, polyvalenten Autolysat, das aus mehreren Stämmen von Typhusbazillen, darunter einige marokkanische Rassen, und auch Paratyphusbazillen, hergestellt war. Die Impfreaktion bestand nur in geringem lokalem Schmerz und kurzem Fieber mit Kopfweh, trat nur bei der ersten Inokulation auf und wurde durch Antipyrin verhindert oder beseitigt. Am leichtesten wurde die Autolysatvakzine vertragen. Die Wrightsche Vakzine wurde in vier, die polyvalente in fünf Injektionen unter sieben- bis achttägigen Pausen einverleibt. Die negative Phase, d. h. die vorübergehend gesteigerte Empfänglichkeit für Typhus, wurde bei keinem der Geimpften beobachtet; einige Fälle vielmehr, die im ersten Anfang eines Typhus standen, oder während der Immunisationszeit infiziert wurden, verliefen leicht. Soldaten, die früher Typhus oder gastrischen Katarrh überstanden hatten, wurden nicht geimpft, um ein sichereres Resultat zu gewinnen; desgleichen nicht die arabischen Soldaten. Von den 2632 europäischen Soldaten, die nicht geimpft worden und auch nicht durch früheren Typhus oder gastrischen Katarrh immunisiert waren, erkrankten 171 Fälle an Typhus und 134 an gastrischem Katarrh (das sind leichte und zweifelhafte Typhusfälle); 22 starben. Von den 129 mit Wrightscher Vakzine geimpften Soldaten erkrankte einer an leichtem Typhus; von den 154 mit polyvalenter Vakzine geimpften erkrankte keiner, selbst ein verdächtiger Fall kam nicht vor. Geimpfte und Nichtgeimpfte hatten den gleichen Dienst und lebten unter den gleichen außergewöhnlich ungünstigen Verhältnissen, namentlich auch für die Impfung selbst sehr ungünstigen. — Chantemesse berichtet in derselben Sitzung, daß er in Paris und einer seiner Schüler in Rouen eine öffentliche unentgeltliche Station für solche Impfungen eingerichtet hat. Er selbst hat von 80 Soldaten einer Zuavenkompagnie 50 Mann geimpft; von diesen erkrankte keiner; von den 30 Nichtgeimpften erkrankten zwei an Typhus und drei an fieberhaftem Magenkatarrh. Chantemesse behauptet, daß die verschiedenen gegen Typhus angewandten Vakzine alle auf das von ihm vor 25 Jahren gemeinsam mit Widal erfundene und experimentell als solches erwiesene Vakzin hinauslaufen, welches aus dem im Körper abgestorbener Typhusbazillen enthaltenen Toxin besteht. Zusatz eines Antiseptikums zu demselben sei belanglos. Die Erhitzung der Kolonien darf nur bis zur Abtötung derselben geschehen, nicht darüber hinaus, um nicht die Toxine zu zerstören. —

Typhusimmunisation des Menschen auf intestinalem Wege beschrieben J. Courmont und A. Rochaix.*) Sie applizierten in Abständen von fünf Tagen per Klysma je 100 ccm Flüssigkeit, die bei 53° abgetötete Typhusbazillen enthielt, und wiesen etwa drei Wochen nach dem ersten Einguß im Serum der Versuchsperson spezifisch agglutinierende, bakteriolytische und bakterizide Antikörper nach. Dieselben schwanden nach etwa sechs Monaten wieder.

Die prophylaktische Anwendung von Typhusvakzin bei Typhus empfiehlt Russell**) auf Grund von Erfahrungen in Indien, Südwestafrika und auf Grund eigener Beobachtung. Von 14000 immunisierten Soldaten erkrankten nur sechs an Typhus (0,4 pro Mille) ohne Todesfall, von 84000 nichtimmunisierten dagegen 418 (5 pro Mille) mit 32 Todesfällen. — Auch die Sterblichkeit konnte durch Typhusvakzin bei Typhuskranken erheblich eingeschränkt werden. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Im Staate Massachusetts wurden in mehreren Krankenhäusern Krankenpflegerinnen, im ganzen 405, mittels Typhusvakzins gegen Typhus immunisiert. Von diesen erkrankten nur drei selbst an Typhus während der Pflege von Typhuskranken. Bei nicht geimpften Pflegerinnen war die Zahl der Erkrankung erheblich höher. (Richardson und Spooner, The Boston med. and surg. Journ. 1911, H. 1, S. 8. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1911, S. 488.)

Kent Nelson und Hall***) haben in einem Infanterie-Regiment 3500 Injektionen von Typhusbazillenemulsionen zum Zweck der Schutzimpfung vorgenommen und sahen in keinem Falle Typhus

*) Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 688.

*) Compt. rend. de l'acad. des sciences, 1912, Nr. 9. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 802.

**) The Boston med. and surg. Journ. 1911, H. 1, S. 1. Ref. in Berl. klin. Wochenschr., 1911, S. 488.

***) Schutzimpfung gegen Typhus. Journ. of Americ. Assoc. 1910, 25. November. Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 2434.

auftreten. Ernstere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Anders*) behandelte acht Typhuskranke mit Typhusvakzine; er begann mit 25 Millionen Keimen und wiederholte die Injektion von 50 Millionen nach 72 Stunden. Temperatursteigerung als Reaktion trat nicht auf; dagegen wurden die nächtlichen Remissionen größer. Das Fieber war nach wenigen Tagen geschwunden.

Lüdke-Würzburg**) hat beim typhuskranken Menschen ein Mischserum verwendet, das sowohl giftneutralisierende wie bakterizide Qualitäten besaß; es wurden intravenös oder intramuskulär 15 bis 50 ccm Serummenge angewendet. In 29 Fällen von Typhus erzielte er günstige Heileffekte; in zehn Fällen war in zwei bis vier Tagen die Entfieberung beendet. In Spätfällen wirkte es weniger günstig, doch war fast stets eine Besserung des typhösen Prozesses zu erkennen.

Krauss und v. Stenitzer***) hatten 1909 (Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 41) über die Wirkung eines antiendotoxischen Typhuspferdeserums berichtet. Es wurde später in drei Epidemien verwendet. Der erste Bericht lautete dahin, daß die subkutane oder intravenöse Injektion von 20 bis 40 ccm des antiendotoxischen Typhusserums namentlich in unkomplizierten Fällen bei frühzeitiger Injektion eine Besserung des Krankheitsverlaufes bedingen dürfte. „Die Temperatur kann einige Tage nach der Injektion rasch zurückgehen, und auch das subjektive Befinden bessert sich. Der hier vorliegende zweite Bericht spricht ebenfalls dafür, daß eine frühzeitige Serumbehandlung (subkutan oder intravenös) des Typhus abdominalis weiter zu versuchen sei, da sie den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen scheint.“

Forssmann†) hat die mit dem von Krauss in Wien hergestellten Antityphusserum gemachten Beobachtungen bei einer Typhusepidemie in Schweden näher mitgeteilt. Die Serumgabe betrug 20 bis 40 ccm, bei Kindern 10 ccm. — Trotzdem die schweren Fälle unter den Behandelten etwa doppelt so zahlreich waren als die der ganzen Epidemie, war die Sterblichkeit bei jenen nur wenig höher als die der letzteren (10,5% dort, 8,4% hier). Die Behandlung soll womöglich in der ersten Woche beginnen. In den meisten Fällen besserte sich das Allgemeinbefinden in den nächsten drei bis vier Tagen nach der Injektion; die Somnolenz nahm ab, am auffallendsten bei den Kindern. — Nur ein Kranker bekam ein Rezidiv; für die ganze Epidemie ist die Zahl wenigstens viermal so groß. Dreimal wurde ein Serumerythem beobachtet. Sonstige Nebenwirkungen kamen nicht vor.

*) Anders, Vakzinebehandlung des Typhus. Journ. of Americ. Assoc., 1910, 10. Dez. Ref. in Deutsch. med. Wochenschr., 1911, S. 83.

**) Grundlage und Verwertung der Serumtherapie beim Abdominaltyphus. Deutsch. med. Wochenschr., 1912, S. 784.

***) Zweiter Bericht über die Behandlung des Typhus abdominalis mit Heilserum. Deutsch. med. Wochenschr., 1911, S. 577.

†) Behandlung von 20 Typhusfällen mit dem Typhusserum von Krauss. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1936.

In einem Aufsatz: „Die Vakzine-(Bakterien-) Therapie in Nord-Amerika“ berichtet C. T. Noeggerath*), daß dort in solchem Maße Impftherapie angewendet wird, daß der Kongreß amerikanischer Ärzte und Chirurgen in Washington, 1910, seine gesamte Arbeit der künstlichen Immunisierung und den größten Teil seiner Zeit der Vakzinetherapie widmete. Das Verfahren wird jetzt bei den verschiedensten Infektionskrankheiten angewendet. Es sei auf die polyvalenten Vakzinen der Firma E. Merck in Darmstadt hingewiesen. Aus dem offiziellen Bericht dieses Kongresses teilt Noeggerath einiges mit. Die Unschädlichkeit der aktiven Immunisierung wird fast durchweg lobend erwähnt. Der opsonische Index

$$= \frac{\text{Phagozytose im Patientenserum}}{\text{Phagozytose im normalen Serum}}$$

wird jetzt auch in Amerika fast überall als unnötig für Diagnose, Prognose und Therapie der Infektionskrankheiten erachtet, klinische Beobachtung und Überwachung für wichtiger gehalten. Bevorzugt wird Stammvakzine; Autovakzine (d. h. aus dem Körper des Patienten gezüchtete und vorsichtig abgetötete Krankheitserreger) wird namentlich von Praktikern weniger angewendet. Nach Richardson hatte die Impfbehandlung des Typhus abdominalis den Erfolg, daß bei 40 geimpften Fällen die Zahl der Fiebertage von 25,3 bei den Nichtvakzinierten auf 15,5 und die der Rezidive auf ein Drittel herabging; auch schien die prophylaktische Impfung das Krankenhauspersonal ausreichend zu schützen. Das Verdienst, der Bakterientherapie Bahn gebrochen zu haben, gebührt dem Londoner Arzt Almrot Wright. Er setzte in großzügiger Weise die Durchimpfung der englischen Armee gegen Typhus durch. Die deutsche Heeresverwaltung ließ auch die afrikanischen Truppen impfen. Das Heer der Ver. Staaten von Nordamerika folgte. Nach Synnot**) hat sich die Stammvakzine bei Abdominaltyphus als sehr befriedigend erwiesen; sie muß jedoch innerhalb drei Monaten vom Datum ihrer Herstellung angewandt werden; nach dieser Periode werde sie wirkungslos.

R. Kretz***) meint, daß die Bestrebungen nach einer spezifischen Serum-Therapie des Typhus in den Bahnen der Diphtherie-Serum-Therapie wenig begründete Aussicht auf Erfolg haben werden. Dagegen scheint nach Wrigths Beobachtung der Typhus auch in der Inkubation durch aktive Immunisierung mittels der Wrightschen Typhusimpfung günstig beeinflußt zu werden. — Bei den Experimenten zur Herstellung eines antitoxischen Typhusserums zeigte sich, wie Kretz mitteilt, daß die Typhusbazillen und ihre Leibesprodukte bei den Serumspendern eine ganz aus dem Rahmen der Erfahrungen bei Erzeugung anderer Antitoxine herausfallende Reaktion hervorrufen; bei der Fortsetzung der Behandlung werden

*) Therapeut. Monatshefte, 1911, August.

**) Praktische Anwendung der Bakterienvakzinen. Med. Record, 14. Okt. 1911. Ref. in Deutsch. Medizinalzeitung, 1911, Nr. 51.

***) Über Antigene und Antikörper beim Typhus abdominalis. Sitzungsbericht der Physikal. med. Gesellschaft zu Würzburg, 1912

die Tiere statt resistenter immer empfindlicher; ihr Serum besitzt schließlich noch immer nur eine recht bescheidene Schutzwirkung.

Hailer*) hat beobachtet, daß sich die Typhusbazillen bei mit solchen infizierten Kaninchen durch Chloroformbehandlung nach Conradi stark verminderten, auch β-Naphthol und Metaxylol ließen im Tierexperiment eine Einwirkung erkennen.

van de Moer**) empfiehlt innerliche Anwendung von Chloroform in $^1/_2$ prozentiger Lösung eßlöffelweise bei Typhus.

Bully***) gab zwei Bazillenträgern täglich bis zu vier Geloduratkapseln mit 0,5 ccm Chloroform 20 Tage hindurch; eine dauernde Verminderung oder gar ein Verschwinden der Bazillen im Stuhle zeigte sich nicht. Bei 30 intravenös infizierten Kaninchen konnten nach intrarektaler Chloroformbehandlung bei keinem in den untersuchten Organen Typhusbazillen nachgewiesen werden. Von 30 Kontrolltieren blieben 60% auch ohne Behandlung bazillenfrei.

Graham Chambers†) empfiehlt bei Typhus 0,2 bis 0,3 g Azetylsalizylsäure in Wasser gelöst, alle vier Stunden, wodurch Sinken der Temperatur und leichte Schweißsekretion erzeugt und der Allgemeinzustand günstig beeinflußt wurde. Wo sich die Bäderbehandlung nicht durchführen lasse, sei diese einfache Methode zu empfehlen.

Pyramidonbehandlung des Typhus, zweistündlich 0,1 g, empfiehlt Dr. John††) in Mülheim a. R.

Unter den vielen bei Typhus empfohlenen Fiebermitteln hat das von Liebermeister (in Dosen von 1,5 bis 2,5 gegen Abend, einen um den anderen Tag gereicht, wodurch die Temperatur im Verlauf von acht bis zwölf Stunden um 2 bis 3° sinkt) besonders empfohlene, von v. Ziemssen†††) ebenfalls an erste Stelle gesetzte Chinin noch immer seinen Rang behauptet. Auf Anregung von Winternitz wird es neuerdings mit Veronal zusammen in eine chemische Verbindung, Chineonal, gebracht. Winternitz beabsichtigt damit die sedative Wirkung des Chinins zu steigern, wenn Schmerzen oder Unruhe oder delirierende Zustände vorliegen. Das Chineonal enthält die beiden Komponenten in ungefährem Verhältnis von 2:1; man gibt mehrmals täglich 0,6 g (Kinder 0,2 g pro Tag) in dragierten Tabletten.

Von anderen neueren als bewährt empfohlenen Chininpräparaten seien angeführt: Aristochinin (neutraler Kohlensäureester des Chinins, ein- bis mehrmals täglich 0,25 bis 1,0 g; Salzsäure-Limonade nachtrinken lassen, Kinder soviel Dezigramme wie das Kind Jahre zählt), Euchinin (Äthylkohlensäureester des Chinins, dreimal täglich 0,25 bis 0,5 g, Kindern entsprechende Zahl Dezigramme), und besonders Salochinin (Salizylsäureester des Chinins, ein- bis mehrmals täglich 0,5 bis 1,0 g, Salzsäure-Limonade nachtrinken lassen, Kinder entsprechende Zahl Dezigramme), sämtlich geschmackfreie Ersatzpräparate der Chininsalze und frei von deren schädlichen Nebenwirkungen; Originalpackung (Bayer) billiger.

Als Fiebermittel werden weiter empfohlen Antipyrin und Laktophenin (v. Strümpell).

Von sonstigen Mitteln wird das Calomel wie früher gegeben, als ein Medikament, das „die Intensität des Infektionszustandes und der Darmstörungen im allgemeinen milder gestaltet“. Es wird in der ersten Woche verordnet und scheint um so günstiger zu wirken, je früher es zur Anwendung kommt. Verordnung: in 2 bis 3 Dosen à 0,5 g (von Ziemssen a. a. O.). Statt des bei exzessiven Durchfällen und Meteorismus zu verordnenden Opiums wird jetzt auch das bei vielen anderen Affektionen sehr bewährte Pantopon empfohlen. Zollinger*) sah davon eine gute Wirkung und gegenüber Opium entschiedene Vorteile bei profusen, schwächenden Diarrhöen im Verlauf einer Typhusepidemie, besonders wenn es in kleinen Gaben kontinuierlich gereicht wurde. Auch injiziert zeigte es diese günstige Wirkung, die hierbei außerdem sehr rasch einsetzte. Obstipation, Erbrechen, Erregungszustände traten nach Pantopon nicht auf.

Mandelbaum (Therapeut. Monatshefte, 1912, Heft 4) hat kürzlich über günstige Erfolge mit dem gleichzeitig adstringierenden und desinfizierenden Antidiarrhoikum Tannargentan (Tanninsilbereiweiß), dreimal täglich 0,3 g, bei Typhusfällen mit sehr heftigen, dünnflüssigen Entleerungen berichtet. Die Durchfälle sistierten, der Typhus nahm in der Regel einen milden Verlauf. (Auch sonst, bei gewöhnlichen Brechdurchfällen, hat sich ihm das Mittel bewährt.) Das Mittel wurde auch im Städt. allgem. Krankenhause im Friedrichshain zu Berlin als recht sicher wirkendes, gut bekömmliches Antidiarrhoikum erprobt (Hoppe, Med. Klinik, 1912, Nr. 27).

In der Bäderbehandlung und ihrer Würdigung als bedeutsamer Heilfaktor bei Typhus hat sich in den letzten Jahren nichts Wesentliches geändert. Desgleichen nicht in der Diätetik; unter den als Hilfsmittel derselben bewährten Nährpräparaten steht in erster Reihe das Hygiama, das bei Stoffwechselversuchen und in klinischen Erfahrungen seinen langjährigen guten Ruf behalten hat; es tritt auch bei längerem Gebrauch kein Widerwillen dagegen beim Patienten auf. Nach Prof. Klemperer ist es nicht nur wohlbekömmlich und leicht verdaulich, sondern stellt „eine Gesamtnahrung dar, von der der Organismus ausschließlich erhalten werden könnte.“ Bei Milchintoleranz käme Dr. Theinhardts Infantina (lös-

*) Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1501.

**) Tijdschr. voor Geneesk., 1911, Nr. 12. Ref. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 707.

***) Chloroformtherapie bei Typhus. Ztschr. f. Hygiene, Bd. 69, Heft 1. Ref. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1812.

†) Azetylsalizylsäure bei Typhus. Brit. med. Journ., 1912, 20. Jan. Ref. in Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 284.

††) Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 18.

†††) In Penzoldt und Stintzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, II. Aufl. Bd. I, S. 373.

*) Über die Anwendung des Pantopons bei Typhus abdominalis. Korr.-Blatt für Schweizer Ärzte, 1911, Nr. 10.

liche Kindernahrung) in Betracht, das bei den verschiedensten Formen der Enteritis der Kinder sehr warm empfohlen worden ist. (Biedert, Munk.)

Als sehr geschätztes diätetisches Mittel wird auch bei infektiösen Darmerkrankungen Liebes lösliche Leguminose (Kraftsuppenmehl), ein reines, aufgeschlossenes Planzeneiweißmehl, empfohlen, in welchem das Eiweiß künstlich aufgeschlossen, die Stärke zum Teil in lösliches Dextrin umgewandelt ist, und das neben Bekömmlichkeit und Wohlgeschmack den Vorzug hat, die Fleischkost ersetzen zu können; ferner, bei Kindern wie Erwachsenen, Liebes Neutralnahrung, eine verbesserte Liebigsche Malzsuppe in trockner Form, die einen hohen Maltosegehalt besitzt; in der Rekonvaleszenz Liebes Malzextrakt-Pulver mit Lezithin, oder Liebes Malz-Hämatogen.

Bei bedrohlichen Darmblutungen sieht man nach Krehl (Lehrbuch der innern Medizin, 1911, S. 39) gelegentlich nach der subkutanen Injektion von 2 bis 4 g Gelatine in 20 bis 40 ccm 0,6proz. Kochsalzlösung nach sorgfältiger Sterilisation der Lösung (vorrätig bei Merck-Darmstadt) Stillstand der Blutung. Pribram sah in 6 Fällen typhöser Darmblutung 5mal sofortiges Aufhören der Blutung nach Gelatineinjektion.

Paratyphus.

Über die Bakteriologie des Paratyphus enthält Citrons*) Darstellung folgende Daten: Paratyphus-A-Bazillus wird sehr selten gefunden; er verursacht eine dem Typhus ähnliche, doch prognostisch günstigere Erkrankung. Morphologisch ist er vom Typhusbazillus nicht zu unterscheiden, er wächst auch auf denselben Nährböden wie der letztere, vergärt aber Traubenzucker unter Gasbildung und zersetzt Neutralrot. Zum Unterschied von Paratyphus-B-Bazillus rötet er Lackmusmolke unter Säurebildung und geringer Trübung. Von Serum, das durch Immunisierung von Versuchstieren mit Paratyphus-A-Bazillus genommen ist, werden auch Typhus- und Paratyphus-B-Bazillen, jedoch schwächer als Paratyphus-A-Bazillen, agglutiniert; ebenso werden letztere von hochwertigem Typhusserum, aber schwächer als echte Typhusbazillen agglutiniert. — Unter der Bezeichnung „Bakterien der Hogcholera" führt Citron den Paratyphus-B-Bazillus und die Enteritisbazillen auf. Die Schweinepest oder Hogcholera selbst wird jedoch nach neueren Ergebnissen in den meisten Fällen nicht, wie man annahm, vom Bazillus der Schweinepest, sondern durch ein ultramikroskopisches, filtrierbares Virus erzeugt. Zur Gruppe der „Bakterien der Hogcholera" gehört auch der Mäusetyphusbazillus und der Psittakosebazillus. Die Arten dieser Gruppe unterscheiden sich in ihrer Pathogenität, nicht mit Sicherheit jedoch morphologisch, fermentativ und immunisatorisch. Bakterien der Hogcholeragruppe werden häufig im Darm der Haustiere, besonders der Schweine gefunden, sind nicht durchweg und nur mitunter pathogen.— Der Paratyphus-B-Bazillus verhält sich morphologisch ganz wie der Typhusbazillus, übertrifft ihn aber an Beweglichkeit; er färbt Lackmusmolke rot und trübt sie dabei; nach mehrtägiger Bebrütung färbt er sie blau unter Alkalibildung; er vergärt Traubenzucker unter Gasbildung, zersetzt Neutralrot ebenfalls unter Gasbildung und unter Eintreten von Fluoreszenz, koaguliert nicht Milch; wächst auf Lackmusnutroseagar in blauen, etwas undurchsichtigen Kolonien. Die Grünlösung II (Paratyphuslösung; Nutrose 1%, Pepton 2%, Milchzucker 5%, Normalkalilauge 1,3%, 0,2% Malachitgrünlösung 1,0%) wird nicht vergärt, dagegen wird ein Farbenumschlag von Grün zu Blaßgrün bewirkt. Für Kaninchen, Mäuse und Meerschweinchen ist der Paratyphus-B-Bazillus bei jeder Art der Infektion hochgradig pathogen; er wird vom Paratyphus-, Schweinepest-, Mäusetyphus- und Psittakoseserum bis zur Titergrenze agglutiniert, bei Anwendung von Typhus- und Paratyphus-A-Serum findet keine oder nur unbedeutende Mitreaktion statt; identifiziert wird er durch die Agglutination oder durch die Kombination der Züchtung auf Neutralrotagar, Lackmusmolke, Milch und den Grünnährböden. —

G. Sobernheim und E. Seligmann*) hatten bereits in einer früheren**) Untersuchung nachgewiesen, daß mit Hilfe der Agglutination zwar im allgemeinen eine scharfe Differenzierung der Enteritisbazillen (Paratyphus-B und Gärtner-Typhus) in Untergruppen möglich ist, daß es aber Übergangsformen von Paratyphus-B zum Gärtner-Bazillus gibt; denn Kulturen des letzteren waren im wesentlichen agglutinabel für Gärtner-Sera, ihr antigenes Verhalten wies sie aber dem ersteren zu, sie zeigten also eine Differenz der agglutininbildenden und -bindenden Eigenschaft, aber auch gewisse kulturelle und biochemische Abweichungen. Die Verff. folgerten daraus das Vorkommen von Umwandlungs- bezw. Übergangsprozessen bei dieser Gruppe. Zur weiteren Prüfung dieser Frage haben sie neuerdings die Komplementbindungsreaktion herangezogen und unter Heranziehung von Repräsentanten der verschiedenen Unterarten zu den Versuchen die früheren in ähnlicher Richtung liegenden Untersuchungen von Sacquépée und Altmann fortgeführt und erweitert. Sie gelangten zu folgendem Ergebnis: „Durch die Komplementbindungsreaktion lassen sich in der Enteritisgruppe Paratyphus-B- und Gärtner-Bazillen trennen und die letzteren weiterhin in Typen zerlegen, von denen der eine die sogenannte „Rattengruppe" vorstellt. Es gibt jedoch Stämme, die ebenso wie durch die Agglutination auch durch die Komplementbindung nicht identifiziert werden können, die vielmehr ihrem ganzen Wesen nach als Übergangsstadien vom Paratyphus zum Gärtnertyphus gekennzeichnet sind." — Daß Gärtner-Sera Gärtner-Stämme beeinflussen, nicht aber Paratyphusbazillen, wurde durch die Komplementbindungs-Reaktion wie durch die Agglu-

*) Dr. J. Citron, Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Leipzig, 1912, Verlag von Dr. W. Klinkhardt.

*) Weitere Untersuchungen zur Biologie der Enteritisbakterien. Zeitschr. für Immunitätsforschung und experim. Therapie, 1910, VII. Bd., H. 3.

**) Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 6, H. 1/3.

tination „im allgemeinen“ bestätigt und damit die Spezifität dieser Gruppe. — Paratyphus-Sera binden in ausgesprochenster Weise, und nur ausschließlich, mit Paratyphusextrakten Komplement. — Zur „Rattengruppe“ gehören die Rattenschädlinge und eine Reihe von Fleischvergiftern. „Rattenstammsera“ binden spezifisch, und zwar weitgehend Komplement nur mit Rattenstämmen. Die andere Gruppe der Gärtnerstämme, die „Doppelstämme“ (Stamm „Ärtıyck“, Stamm „Moskau III“ und Mäusetyphusbazillus), welche bei der Agglutinationsprüfung das Gesetz der Spezifität zu durchbrechen schienen, erwiesen sich auch bei der Komplementbindung als eigenartige, zum Teil kaum noch den ursprünglichen Paratyphuscharakter zeigende Stämme, welche auf das Vorkommen biologischer Umwandlungsprozesse in der Gruppe der Enteritisbakterien schließen lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Jubiläums-Katalog der Verlagsbuchhandlung Wilhelm Engelmann in Leipzig. 447 S. Der Jubiläums-Katalog gibt einen interessanten Überblick über die Entwicklung und die Geschäfte der Firma W. Engelmann während ihres 100jährigen Bestehens 1811—1911. Wie sehr sich allezeit die Firma in den Dienst der Wissenschaft gestellt hat, erhellt am deutlichsten aus der angefügten Verlagsstatistik, in der zu den verschiedenen Epochen stets die derzeitigen Geistesheroen mit ihren Werken zu finden sind.

Riedels Berichte — Riedels Mentor 1912. 56. Aufl. Auch in diesem Jahre hat die Firma J. D. Riedel, A.-G., nicht nur die bekannten Riedelschen Sonderpräparate, sondern auch noch eine stattliche Anzahl anderer Arzneimittel (z. B. Fibrolysin, Radiumpräparate, Salvarsan etc.) in vorliegendem Heft übersichtlich zusammengestellt, das zur raschen Orientierung durchaus empfohlen werden kann.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Die durch Todesfall frei gewordene Stelle des

Oberarztes

an der Irrenpflegeanstalt **St. Thomas** zu **Andernach** am Rhein soll baldigst wieder besetzt werden. Dieselbe ist verbunden mit einem Gehalt von 4500 bis 7000 M. nebst freier Wohnung, Licht, Beheizung. Gegenseitige vierteljährliche Kündigungsfrist.

Bewerbungen sind zu richten an die Direktion der Anstalt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 26 | 28. September | **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

(Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich.)

Psychanalyse einer Katatonie.

Von Frau Dr. *Ter-Ogannessian.*

Das Material zu der vorliegenden Arbeit wurde in 100 Sitzungen innerhalb fünf Monaten gewonnen. Es wird also nur ein winziger Prozentsatz desselben reproduziert. Genügende Belege lassen sich auf dem gebotenen Raum nicht geben, nur die wichtigsten Resultate. Die Patientin hat übrigens fast alles ganz direkt gesagt. Für eine „Deutung" blieb an den wenigsten Orten Raum. Nicht einmal ein Zusammensetzen von bei verschiedenen Gelegenheiten gebotenen Stücken war oft nötig, wenn es auch natürlich nicht ganz zu vermeiden war. Die Analyse bestand zum kleineren Teil in freiem Assoziierenlassen: häufig wurden einfache möglichst wenig suggestive Fragen gestellt, an deren Beantwortung die Patientin meist noch weitere Ideen frei anschloß. Eine Auswahl des Gesagten, wie sie sich Isserlin und andere vorstellen, etwa nach dem Vorhandensein von Sperrungen, fand nicht statt. Bei Sperrungen wurde meist das Thema abgebrochen, es tauchte dann später spontan wieder auf. Was uns die Patientin an kontrollierbarem Material geboten hat, ließ sich in diesem Falle durch verschiedene Personen verifizieren (so auch die kindliche Liebe zum Lehrer); es erwiesen sich die Aussagen der Patientin als ausnahmslos richtig.

Vorgeschichte
nach den Angaben der Mutter und zweier Freundinnen.

Nähterin, geb. 1871, aufgenommen 1909. Der Vater, dessen Lieblingskind sie war, starb jung als Potator; die Mutter macht einen etwas schwachsinnigen Eindruck. In der beidseitigen Verwandtschaft sind viele Schwachsinnige, Geisteskranke und Potatoren. Der Vetter, bei dem sich Pat. vom 20. Lebensjahre an aufgehalten, war Trinker und ist zurzeit wegen Altersschwachsinn in einer Irrenanstalt. Nach einer normalen, heiter verlebten ersten Kindheit, die durch den Tod des Vaters und die darauf folgende Wiederverheiratung der Mutter mit einem Trinker getrübt wurde, kam Pat. mit sechs Jahren zur Schule, wo sie zwar eine der besten Schülerinnen war, aber bereits durch Zurückgezogenheit und Ernst auffiel. Mit acht Jahren mußte sie neben der Schule täglich einige Stunden in einer Stickerei helfen. In der Realschule (neun- bis zwölfjährig) soll sie sich in einen Lehrer Gr. verliebt haben, ohne daß derselbe damals davon wußte. Sie befreundete sich mit einer einzigen Mitschülerin S., die sich fünf Jahre vor dem Eintritt der Pat. in die Anstalt ertränkte.

Mit 14 Jahren mußte sie die Schule verlassen und kam zu einer Tante, um in den Hausgeschäften zu helfen. Mit 18 Jahren ging sie nach Lausanne, um Französisch und Nähen zu lernen. Briefe an ihre Mutter aus dieser Zeit sollen einen schwermütigen Eindruck gemacht haben. Pat. fing dann an zu klagen über Kopfschmerzen, hartnäckige Obstipation und ein eigentümliches Gefühl von Jucken und Kitzeln im Rektum. Bald fiel die Aufmerksamkeit, die sie diesem Leiden widmete, als abnorm auf, und Pat. mußte in die Heimat zurückkehren, wo sie eine kurze Zeit als Damenschneiderin tätig war. Mit 20 Jahren wurde sie von dem oben erwähnten Vetter „als eigen" angenommen, führte seinen Haushalt (die Frau war bald nach ihrer Ankunft gestorben) und half im Spezereiladen. Sie be-

hielt auch während der Zeit, die sie bei dem Vetter zubrachte, ihr finsteres Wesen und verkehrte nur mit ihrer Schulfreundin S. 1904 wurde die Dementia senilis des Vetters manifest. (Pat. ist, nach Angabe der Mutter, in seinem Testament mit etwa 30000 Fr. bedacht.) Die Verbringung des Vetters in die Anstalt und das Bewußtsein der unvermeidlichen Trennung von ihrer gewöhnlichen Lebensweise soll nach Meinung der Angehörigen einen tiefen Eindruck auf Pat. gemacht und zum manifesten Ausbruch der Krankheit beigetragen haben. Sie wollte nun Krankenschwester werden, wurde aber abgewiesen. Nach Hause zurückgekehrt, konnte sie nicht mehr schlafen, hatte Verfolgungs- und Vergiftungsideen und hörte Stimmen, die sie verspotteten und sie an begangene Fehler erinnerten. Sie meinte, die Verwandten des Vetters wünschen ihren Tod, betete viel, „um rein zu werden", glaubte sich von den Geistlichen beider Konfessionen verehrt. Sie benahm sich dabei ganz infantil in Mimik und Betragen.

Pat. wurde dann interniert und wechselte innerhalb vier Jahren mehrere Anstalten, hielt sich auch probeweise zu Hause auf, wo es aber nicht ging. Im Mai 1909 kam sie ins Burghölzli. Sie war ein unscheinbares, mageres, ärmlich, aber sauber gekleidetes Mädchen mit teilnahmlosem Gesichtsausdruck und zeigte ausgesprochenen Negativismus. Es fiel auf, daß sie fast jeden Satz mit „ach" anfing, einmal sagte: „ich bin Gott"; dann: „er ist Gott"; aus dem Aufnahmezimmer ging sie rückwärts.

Diagnose: Dementia katatonika.

Da die Anamnese anfangs noch fehlte, habe ich die Analyse mit einem Assoziationsversuch angefangen. Ich mußte am Ende der Analyse erstaunen, wie die wenigen Worte des Assoziationsbogens fast alle Komplexe zum Vorschein bringen konnten.

Der Durchschnitt der Reaktionszeiten betrug etwa 105 Fünftelsekunden; sie sind also, wie oft bei Katatonie, stark erhöht. Die Zeiten sind recht unregelmäßig; Verlängerungen entsprechen nicht immer den Komplexreaktionen, wie öfter in solchen Fällen.

Lehrerkomplex.

Fenster — 300*) — Ach Gott, durch das Fenster habe ich ihn beobachtet, sein ruhiger Gang, ach!

Fragen — 75 — Fragen kann jedermann, nein, das ist eine dumme Antwort, Fragen stellen die Lehrer. Ich hätte zu Hause mehr lesen sollen, er war mit mir trotzdem so gut. . . .

Schön — 75 — Ich bin das nicht gewesen, er war es auch nicht, aber sein ruhiger Gang.

*) Die Zahlen bedeuten die Reaktionszeiten in Fünftelsekunden.

Haus?*) — 125 — Ach, das Haus will ich haben (lacht), sein Haus!

Groß — 50 — Er ist groß, ein großer Mann! . .

Alt — 125 — Er ist der ältere.

Anstand — 80 — Der Mensch soll Anstand zeigen! . .

Vetterkomplex.

Teuer — 50 — Das Fleisch ist teuer.

Fallen — 150 — Diejenigen, die fallen, sind unrein, uneheliche Kinder! . .

Ungerecht — 75 — Ungerecht hat man mirs gemacht, die Trinker, mein Vetter! . .

Storch — 250 — Ich habe keinen Storch gesehen, nein Kind! . . (gedacht an Gravidität durch den Vetter).

Zufrieden — 25 — Unzufrieden war ich bei meinem Vetter. Ich war immer zu Hause und am Sonntag in der Kirche.

Frau — 75 — Ach, du Gott im Himmel, was soll ich sagen? . . Ich weiß nicht. (Sie denkt an die Frau des Vetters und an ihre Sünde dieser gegenüber.)

Grünblaues Kleid.

Grün??? — 300 — Blau! grünblaues Kleid (starker Affekt) das plagt mich bis zum heutigen Tage!

Wasser — 25 — Ja, draußen hats Wasser . . . (Die Trägerin des grünblauen Kleides hat sich ertränkt.)

Tod? — 200 — Wer ist tot? Ach, das war grün oder blaugrün. . . Jemand draußen hat gerufen: S. S. . . . im Wasser. Grün.

Onanie und Reinlichkeitskomplex.

Finger?? — 350 — Ach, meine Finger sind rein, ich habe nicht gesündigt.

Sündigen — 75 — Wir sündigen alle in den Gedanken, unreine Gedanken, aber ich bete. . .

Weiß — 25 — Weiß ist die Milch, Wäsche. . .

Rein — 75 — Ach, ich bin rein! . . .

Trunksuchtkomplex.

Blau — 25 — Blau ist die Farbe (seufzt) man sagt Blaumontag, die welche trinken. In unserer Familie hat niemand getrunken. Ach, ja Hermann, der Bruder und Friedrich, der Vater, er ist gestorben.

Der Lehrerkomplex.

Beim Eintritt hatte die Kranke unmotiviert gesagt: „Ich bin Gott; er ist Gott." Sie wurde deshalb später einmal gefragt: „Wer ist Gott?" „Ja, er, der Lehrer." (Seit wann ist er Gott?) „Seit ich ihn als Lehrer kennen gelernt habe . . . er war nicht hübsch; aber sein ruhiger Gang. . . . Die Freundin S. hat den Lehrer am liebsten gehabt." (Wie ist der Lehrer Gott geworden?) „Er heißt Gottlieb." Ein andermal sagte sie in einem solchen Zusammenhang: Gott ist Geist und jedermann hat

*) Ein Fragezeichen bedeutet, daß die Pat. das Reizwort zunächst in fragendem Ton wiederholt.

Geist. Jeder Mensch ist Gott, der Lehrer und ich (etwas abgekürzt).

Ebenfalls schon beim Eintritt hatte die Patientin etwas davon gesagt, daß „er“ den Schlitz (der Hosen) offen gehabt habe. In vielen Zusammenhängen kommt dann folgende Geschichte. Der Lehrer habe einmal in der Schule (den Hosenschlitz) offen gehabt. Pat. hielt das nun (wohl nachträglich) für ein Zeichen, daß er sie heiraten wolle. Daraus habe sie Hoffnung geschöpft und ihm etwa im 21. Jahre einen Brief geschrieben, es sei doch merkwürdig, daß sie ihn täglich aus dem Fenster beobachten müsse, das sei wohl Liebe. Ob sie die kindliche Sympathie während des Schulbesuches schon als Liebe betrachten müsse. Sie möchte doch gerne wissen, ob er für sie ähnliches empfinde. Darauf erhielt sie einen höflichen aber runden Abschlag, den sie noch wörtlich zitieren kann.

Als sie etwa 29 Jahre alt war, träumte sie einmal, wie der Lehrer durch ihr Küchenfenster hineinschaute und sagte: „Jetzt habe ich mich entschlossen“ (sc. die Patientin zu heiraten). Sie hatte auch im Wachen manchmal Gehörshalluzinationen von ihm. In der Anstalt hört sie wohl seine Stimme, „aber sie sieht nicht seinen ruhigen Gang“. Sie kann nicht begreifen, daß er nicht kommt, sie zu retten.

Zu Hause hat Pat. einmal eine Stimme gehört: „Behüte dich“ (ein andermal sagte sie: „Behüte dich Gott“). Diese kommt vom Klang eines aufs Hausdach geworfenen Topfes oder Steines. Herr Gr. (der Lehrer) habe das gemacht, um sie vor dem Stehlen zu warnen. Vielleicht wollte er ihr auch einen Gruß senden, oder ihr sagen: „hüte dich vor dem Vetter“. „Ach Gott. Er hat mich doch „ehrbares Mädchen“ genannt (in seinem Antwortbrief); er hätte für mich sorgen, für mich ein freundliches Heim gründen können.“ An diese Stimme knüpfte Pat. später einmal folgendes: „Ich dachte bei mir selbst, er habe damit vielleicht sagen wollen: ich gehe jetzt in die Schule. Ach Gott, ich habe daraus Hoffnung geschöpft — oder er habe sagen wollen: hüte dich vor dem Vetter oder vor den bösen Zungen. Ach ich denke, daß Frl. Gi. dumm geschwatzt hat, sonst hätte man mir nicht jeden Abend zugerufen: „Gr. Reallehrer“. Niemand wußte doch, was das für ein Gr. war und was der für Beziehungen zu mir hatte. Es dünkt mich unverschämt so etwas zu sagen, während ich doch Frl. Gi. ein solches Geschenk fürs Blindenheim gegeben habe. Ich dachte mir, daß sie desto verschwiegener sein werde.“

Einmal hörte sie eine Stimme: „Grübeln“. Als ihr das Wort wieder genannt wurde, sagte sie: „Das hängt mit der Stimme „Reallehrer Gr.“ zusammen. Wenn die Leute am Kopfe und in der Nase grübeln, oder ihre kleinen Geschwürchen im Gesicht mit den Händen betasten und zerdrücken, muß ich sofort an Gr. denken. Ich glaube, sie tun es mir zu leide. Einmal sagte ich zum Vetter, wenn der Mensch stirbt, ist alles aus mit ihm. Darauf sagte er: „Ich wüßte nicht, wie das wäre; aber nur nicht grübeln!“ Da kam mir sofort der Gedanke: Grübeln — Gr.*) und dachte, ob wohl mein Vetter davon etwas wisse, während ich mich doch zu keinem Menschen darüber geäußert habe.“

Die Stimmen überträgt sie auch transitivistisch auf den Lehrer. So hörte sie einmal: „lieb haben“. Das bedeutete, daß die guten Stimmen des Lehrers diesem gesagt haben, er solle sie lieb haben.

Ihre Komplexe versuchte die Patientin auch in Versen auszudrücken; daß Gr. darin eine große Rolle spielte, ist selbstverständlich. Die Art, wie er aber hineingebracht wurde, ist charakteristisch für die Schizophrenie.

„Himmelan geht mein Gebet;
Erhör, o Gott, mein Flehn;
Wärs in Tälern, wärs auf Höhen,
Gebet ist ausersehen.“

Überall, wo ich wäre, müßte ich beten wegen Gr.“ Zuerst habe sie geschrieben: „steigt mein Gebet“, dann sei ihr wie von ungefähr der Gedanke gekommen, sie solle „geht mein Gebet“ schreiben, denn dann würden zwei G hineinkommen, was sie nicht anders auslegen könne, als daß es „Gottlieb Gr.“ bedeute. Mit dem Worte „Gebet“ habe sie sagen wollen, daß er sich gut halten und nicht trinken solle. „Ach Gott, es ist doch merkwürdig, daß ich immer an Gr. denken muß. Es wird mir immer schwer, wenn ich von ihm spreche; es ist doch merkwürdig, daß ich noch hier das zweite G hinzufügen mußte; das beweist, daß ich ihn nicht vergessen kann.“

„Blumen, Blätter, alle samt
Schauen zu unserem Gott empor.
Ich möchte gehn durch Waldes Flur,
Doch die Kräfte ich verlor.“

„Also lenk ich meine Schritte
Nach dem stillen Friedhof hin,
Wo die Liebe träumet Frieden,
Dahin möcht auch ich dann ziehn.“

Die Verse beziehen sich auf die Schulzeit. Die Blätter sollen die Schulzeit und der Gott der Lehrer

*) Der Name Gr. hat eine gewisse lautliche Ähnlichkeit mit dem Worte „grübeln“.

sein. Sie habe immer etwas erreichen wollen; da sie aber zu schwach war, mußte sie nach dem Friedhof ziehen.

Einmal zur Zeit der Untersuchung hörte sie eine Stimme: „Reallehrer Gr., ich habe eine andere". Daran knüpft sie: „Ach, es ist mir gleich, ob er eine andere hat. Nein, es ist mir nicht gleich." (Charakteristischer Kampf der Gegensätze.)

In einem anderen Zusammenhang äußerte sie einmal: „Ach, ich bin dumm! Es nimmt mich Wunder, was Gr. im Kopfe hat, ob er wohl geheiratet hat? dann könnte ich sofort heimgehen; ich wäre dann ruhiger gewesen. Ach, ich war sauber; ich habe immer eine saubere Stube gehabt."

Vom Lehrer sagte sie einmal: „Ach, es ist merkwürdig, andere kann ich doch tage- und wochenlang vergessen, ihn aber niemals". Und an die Idee des „Vergessens" wird wieder in echt schizophrener Weise der offene Schlitz assoziiert: „Ich muß weinen. Ich begreife es nicht, daß man so vergeßlich sein kann. Das ist doch keine Hilfe für die Schülerinnen gewesen, das ist keine Hoffnung, keine Liebe, keine Güte. Das ist doch kein Anstand, wenn man den Schlitz offen hat; man wird doch nicht an das Irrenhaus während des Unterrichts denken; das wäre ja eine Schlechtigkeit von einem Lehrer gewesen. Ich habe in ihm Liebe gesucht und habe mich getäuscht. Ob er noch vielleicht damit hat sagen wollen, daß man die Türe bei Nacht schließen solle, um rein bleiben zu können? .... Mein Gott, ich habe geschlossen, ich habe gebetet."

Die Geschichte mit dem Schlitz war der Inhalt einer der ersten Äußerungen, die sie spontan getan, nachdem sich die Türe des Irrenhauses hinter ihr geschlossen. Die Türe, die man bei Nacht schließen soll, ist die des Schlafzimmers, die im Vetterkomplex eine große Rolle spielt.

Auf die Frage, was denn am Lehrer so Anziehendes sei, sagte sie: „Ach Gott, der Lehrer hat so viel Ähnlichkeit mit meinem Vater gehabt. Er hat auch getrunken. Ich habe ihn jedenfalls zweimal in betrunkenem Zustand gesehen. Meine Mutter hat es auch gesagt. O, in seinen Gesichtszügen war so viel Ähnliches mit meinem Vater. Ach Gott, die roten Wangen, die große Statur ... er war, glaube ich, in demselben Alter wie der Vater. Ach, ich kann nicht begreifen, was Gr. mit dem Schlitz hat sagen wollen. Mein Gott, und der Vater."

Im Anfange ihrer Krankheit hatte sie die Stimme des Lehrers rufen hören: „Tochter, Tochter". „Zuerst habe ich gedacht, ob ich wohl Tochter sei. Dann dachte ich mir: wer weiß, ob er nicht vielleicht eine Tochter hat — sie heißt Emma (lachend). (Emma heißt die Patientin selber. Der Lehrer ist unverheiratet.) Gr. war meinem Vater insofern ähnlich, als er geistigen Getränken auch ein wenig fröhnte."

Auch an anderen Stellen nannte Pat. häufig den Lehrer mit ihrem Vater in einem Atemzuge.

Zum „Lehrerkomplex" gehört auch noch folgendes: Mit etwa 30 Jahren bekam Pat. einen Heiratsantrag von einem anderen Lehrer, der auch trank, aber katholisch war (die Pat. sowie Gr. sind reformiert). Sie wies ihn ab und gibt als Motiv die Liebe zu Gr. an, der hätte denken können, daß ihre Liebe bloß „ein leeres Geschwätz" sei. Dann wieder war Ursache das Verhältnis zum Vetter, der sie nicht von sich lassen wollte und der dann vielleicht das Testament umgestoßen hätte.

Der Vetterkomplex.

Neben dem Lehrer ist die wichtigste Person die des Vetters, dem sie jahrelang die Haushaltung geführt hatte. Als sie in sein Haus kam, war dessen Frau schwer krank, und nach längerer Zeit starb sie. Sie soll dem Manne empfohlen haben, für die Patientin zu sorgen, aber auch dieser gegenüber einmal geäußert haben: „Nicht wahr, du nimmst meine Stelle nicht ein?"

Ziemlich im Anfang der Analyse fragte ich die Pat., ob der Vetter eine Frau habe, worauf sie in große Verlegenheit kam und erst nach längerer Pause antwortete: „Nein, sie ist gestorben." (Wann?) „1892" (prompt). (Standen Sie mit der Base auf gutem Fuß?) „Ach Gott, ich bin rein, ich habe gebetet" (seufzt) ... (Sind Sie also die ganze Zeit beim Vetter gewesen?) „Ja, natürlich am Tage." (Und in der Nacht?) „Ach was, ich hatte ein geschlossenes Zimmer, verriegelt."

Auf Fragen, die auf ein intimeres Verhältnis zum Vetter hinweisen sollten, wich sie zunächst aus, wollte heim „zur Mutter". Dann sagte sie einmal, er habe „fast wie verlangt", daß sie ohne verheiratet zu sein, zusammengelebt hätten, „aber ich habe immer geschlossen. Viele, viele Jahre kann man geschlossen halten". Dieser Komplex des geschlossenen Schlafzimmers taucht nun bei jeder passenden und unpassenden Gelegenheit immer wieder auf. Die Patientin hat während der vielen Jahre, da sie beim Vetter war, ganz beständig Befürchtung und Hoffnung gehabt, der Vetter möchte zu ihr ins Bett kommen. Oft muß sie sich selbst unklar gewesen sein, wie weit sie mit ihm gegangen, denn als sie hörte, daß der alte Mann in der Nacht oft das Klosett auf-

suchen mußte, glaubte sie sich von ihm angesteckt, brachte einen leichten Ausfluß, die Rektalgefühle und ihren Stuhl- und Harndrang damit in Zusammenhang. („Wie kommts, daß ich so viel auf den Abort muß? Mein Gott, ich muß die Sünderin sein.") Im 29. Jahre setzte einmal ihre Periode aus, was sie auf den Gedanken brachte, sie sei von ihm gravid. (Sie bleibt dabei, daß sie immer geschlossen gehabt habe. Der Mann sei auch zu alt gewesen. Die Untersuchung durch einen Gynäkologen ergibt intakten Hymen.) Auf den nur gewünschten sexuellen Verkehr reagiert sie aber in echt schizophrener Weise wie auf einen wirklichen. Sie ist voll Schuldgefühl in dieser Beziehung und verteidigt sich tausendmal (sie sei ja rein geblieben, sie habe geschlossen), ohne sich Ruhe verschaffen zu können. Auch gegenüber der Frau des Vetters hat sie die gleichen Gefühle, die allerdings hier noch unterstützt werden durch Todeswünsche, die sich jetzt in Halluzinationen von Todesgeruch äußern. Als die Frau auf dem Totenbette war, hatte sie einmal auf dem Abtritt die Empfindung eines Totengeruches und dachte sich gleich, „ob denn die Liebe sterben müsse". Der Todeswunsch war ja begreiflich, denn erst nach ihrem Tode war sie Herrin im Hause und sichere Erbin. Die Todeswünsche betrafen aber später auch den *Vetter selber*, der sie so lange auf das testierte Geld warten *ließ*, der sie am Heiraten hinderte, und der sie in zu großer Abgeschlossenheit hielt (sie durfte in seiner Anwesenheit kaum mit anderen Leuten reden). Diese Todeswünsche äußerten sich dem Vetter gegenüber in häufigen und lebhaften Befürchtungen, er könnte vom Blitze erschlagen werden, oder verunglücken, wenn er in den Wald ging, um Holz zu fällen; wenn ihm etwas fehlte, fürchtete sie gleich seinen Tod.

Einen Bruder der Frau haßte sie besonders, weil der Anspielungen darauf gemacht haben muß, daß sie vielleicht ein intimes Verhältnis zum Vetter habe. Sie fürchtete dann aber auch von anderer Seite einen schlechten Leumund und deutete einmal an, sexuelle Sünden könnte man verzeihen, aber nicht diese Verleumdung.

Wie unangenehm der Pat. das Gebundensein an den Vetter war, beweist auch ihre Affektbetonung des „schmutzigen" Testamentes. „Ach ich mag jetzt an das Testament nicht denken; es macht mir schwer. Ach, ich war doch schon vom ersten Jahre an testamentiert. Ich durfte keinen Brosamen nehmen ohne den Vetter zu fragen."

Die Versündigungsgedanken gegenüber dem Vetter (die sexuellen, nicht sicher die der Todeswünsche) werden nun verschoben auf Veruntreuungen, die sie begangen haben will, die aber so gering sind, daß sie wohl der Haushälterin als erlaubt gelten mußten. Sie sagt zwar auch einmal, wenn der Vetter sein Geld besser verwahrt hätte, so wäre sie nicht hier in der Irrenanstalt, aber es läßt sich mit Wahrscheinlichkeit ausschließen, daß sie ihm etwas von Wert genommen hat. Nichtsdestoweniger plagte sie das Gefühl gestohlen zu haben so stark, daß sie gleich bei der Aufnahme ungefragt habe sagen müssen, sie habe Geld gestohlen. Sie meint jetzt, der Vetter hätte sie trösten können, wenn er gesagt hätte: „Nein, du hast nichts genommen."

Interessant ist, daß der Stehlkomplex auch zum Vorschein kommt als Assoziation auf den Tod ihrer Freundin S., die sich wegen außerehelicher Gravidität ins Wasser gestürzt hatte.

Bei der Aufnahme ist nicht aufgefallen, daß sie davon sprach Geld gestohlen zu haben, dagegen hatte sie sich Vorwürfe gemacht, sie habe einen „Landjäger" (Name einer Wurstsorte) ohne Wissen des Vetters gekauft. Dieser Landjäger, die „Jägerwurst", wie sie das Wort bei der Analyse meist ins Hochdeutsche übersetzte, spielt eine große Rolle. Sie will also eine solche Wurst gegessen haben, was an sich gar nichts Böses war.

Den größten Teil der Aufklärung über die Bedeutung dieser Wurst gab sie bei Gelegenheit einer Stimme, die sagte „Dolch, Dolch". Sie weiß aber nicht, ob die folgenden Erlebnisse „Traum oder Fieber" wären. „Es kommt vielleicht daher, daß Gr. ein Offizier war und einen Säbel trug. Ich erinnere mich noch an eine Nacht, wo ich noch zu Hause war; ich habe dann einen Säbel schleppen gehört. Ich dachte bei mir, daß man ihn lieber tragen könnte; beim Schleppen geht ihm doch so viel Material ab. An einem Sonntag war mirs, als ob Gr. mit zwei Landjägern (Polizisten) in Uniform hinter unserem Hause vorübergegangen wäre. Da habe ich gedacht, ob es wohl meinetwegen geschehe. Ich dachte, wenn mein Vetter vielleicht irgendwo gesagt hätte, daß ich immer glaube, ihm etwas genommen zu haben, und Gr. davon gehört hat, da habe er gedacht, er wolle mich schon heilen. Gr. hat sich zu diesem Zwecke als Landjäger verkleidet; er war aber auf diese Weise blamiert, da mein Vetter doch immer sagte, daß ich ja nichts genommen hatte." Aus anderen Assoziationen geht hervor, daß (wie sonst so oft) auch hier der Dolch und der Säbel, die identifiziert werden, den Penis symbolisieren, und ebenso die säbelförmig platt gepreßte „Jägerwurst". (In anderen Assoziationen stellte auch der Zucker-

stengel ein solches Synonym dar, das in diesem Sinne von der Pat. schon in der Schule gebraucht zu sein scheint.) Es geht ferner aus anderen Erklärungen hervor, daß der Wurstdiebstahl das Symbol für die Verheimlichung ihrer sexuellen Gefühle zum Lehrer gegenüber dem Vetter bildete.

An einem anderen Orte wird gesagt, daß es schlimmer sei, wenn eine Jungfrau ein uneheliches Kind gebäre, als wenn man „einen Apfel vom Boden unter einem fremden Baume aufhebe". Hier ergeben die Zusammenhänge, daß das Aufheben des Apfels den Einbruch in eine fremde Ehe bedeutet. An die Bemerkung von dem fremden Apfel schließt sie noch eine Parallelisierung von Diebstahl und sexueller Versündigung an: „Um Gottes willen, ich durfte es (den Ehebruch) unter keinen Umständen wagen; oder haben die Leute, die in die Heilsarmee eingetreten sind, auch noch gestohlen, es muß doch etwas vorausgegangen sein, daß die Leute bei ihrem Glauben nicht bleiben konnten" (sie stellt sich bei den Sekten sexuelle Freiheit vor).

Eine andere Symbolisierung ihrer sexuellen Verhältnisse drückt sich auf folgende Weise aus. Sie jammerte, daß sie ein Stückchen Schweinefleisch, das nicht mehr ganz gut war, in den Ofen geworfen habe, man hätte es noch aussieden und das Fett zum Kochen von Erdäpfeln verwenden können. Die Analyse ergibt, daß sie unter dem Schweinefleisch (ihr eigenes) Dirnenfleisch versteht und unter den Kartoffeln (Erdäpfeln) das Verhältnis, wie es Adam und Eva nach dem Apfelschmaus gehabt haben. Sie hätte also noch trotz aller ihrer Defekte in eine legitime Ehe eintreten können. Übrigens ist auch das legitime Verhältnis bei ihr sehr ambivalent: sie hat, als sie noch als gesund galt, Kartoffeln nicht essen können, weil sie dieselbe Form haben wie Äpfel, und diese bedeuten Sünde.

Ihr Verhältnis zum Vetter und Lehrer wurde auch noch durch ein leidendes Lamm mit gesenktem Kopfe symbolisiert, das sie nach der Erkrankung eine Zeitlang auf der Tür sah. Sie war das geduldige Lamm, dem der Vetter etwa gesagt hatte, „wenn ich einmal gestorben bin, kommst du noch zum Heiraten", das aber dabei denken mußte, dann werde es zu spät sein. „Es ist doch merkwürdig, daß ich beständig das geduldige Lamm gesehen habe; es war zum Tode müde. Ich habe noch gedacht, ob das nicht ein Bewandtnis mit Gr. habe, denn er logiert im Schäfli" (Restaurant zum Schäfchen).

In diesem Zusammenhang erzählt sie folgendes: Sie mußte in der Bibel lesen. „Es war mir schwer, weil die Tante einen so großen Hund bei sich hatte, der mir die Gedanken einflößte: ‚der treue Hund'. Ich denke, daß es mich betrifft, denn ich war treu, und andere mögen vielleicht gedacht haben, daß es hündisch sei (sc. so lange beim Vetter auszuharren). Auch dachte ich, ob es wohl auch noch Gr. angehe, der einmal einen Hund auf den Hosen gehabt hatte, ihn streichelte oder ihm zu fressen gab; welche Beziehung der Hund zu einem anderen Hund (von dem sie schon erzählt) hatte, weiß ich nicht. Jedenfalls hängt alles zusammen oder man kann *alles in* einem Worte ausdrücken: ‚Treue'". An einem anderen Orte sagte sie: „Ich will heim zu meiner Mutter, ich muß beten, mein Gott, ich kann doch nicht heiraten, ich muß die Stille sein, der treue Hund."

Diese Treue ist ihr sehr schwer geworden. Sie hatte immer erwartet, der Lehrer komme sie „aus den Händen des Vetters zu befreien". Sie glaubte oft, daß er schon gekommen sei und sich versteckt halte, um als „Wesen" sie in der Nähe zu beobachten. Sie suchte ihn deshalb überall in den Zimmern, in den Schränken und namentlich unter ihrem Bett. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Einladung zur Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag** am 11. und 12. Oktober 1912. Tagesordnung:

Donnerstag, den 10. Okt. von 1/28 Uhr abends an: Gesellige Vereinigung, Hotel Paris, Prag I, Parisgasse.

Freitag, den 11. Okt.: I. Sitzung 9 Uhr vorm. in der Handels- und Gewerbekammer, Josefsplatz (Sektionssaal); Begrüßung und Rechenschaftsbericht. II. Sitzung 1 Uhr nachm. in der Handelskammer; Kassenbericht und Festsetzung des Jahresbeitrages für 1912 und 1913, geschäftliche Mitteilung.

Sonnabend, den 12. Okt.: III. Sitzung vorm. 9 Uhr. Frühstück in der Restauration des Gemeindehauses. Nachmittags: Besuch der Kgl. böhm. Landes-Irrenanstalt Bohnitz; Abfahrt 2 Uhr nachm. vom Staatsbahnhofe; teilweise auch per Wagen.

Vorträge: 1. Ullrich-Kosmanos: Die Wärterfrage und die Öffentlichkeit. 2. Eisath-Hall: Histopathologische Veränderungen der Hirnrinde bei Geisteskrankheiten. 3. Ruzicka-Prag: Die gerichtliche Kontrolle der Aufnahmen in die Irrenanstalten und ihr Verhältnis zum Entmündigungsverfahren. 4. Grasberger-Salzburg: Der Strafgesetzentwurf

und die öffentlichen Anstalten für Geisteskranke. 5. Schweighofer-Salzburg: Die Rolle der Keimschädigung im Auf- und Abbau der Psyche bei Geisteskrankheiten — mit Diapositiven. 6. Starlinger-Mauer-Oehling: Betriebskosten und Anstaltsgröße. 7. Wort-Prag: Regelung der Personal- und Dienstverhältnisse der Pfleger und Angestellten an den böhmischen Landesanstalten. 8. Deiacco-Pergine: Thema vorbehalten.

Die Verteilung der Vorträge auf die einzelnen Sitzungen und ihre Reihenfolge bleibt einer Vorstandssitzung am Vorabend der Hauptversammlung vorbehalten. Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so ist deren Wortlaut dem Vorstande etwa acht Tage vorher mitzuteilen. Wegen Benutzung von Diaskopen wollen sich die Herren Vortragenden rechtzeitig an das Lokalkomitee wenden. Dem Lokalkomitee gehören an: Obersanitätsrat Dr. Hellich, Direktor der böhm. Landes-Irrenanstalt Prag; Primarius Dr. Hladik, Landes-Irrenanstalt Prag; Primarius Dr. Ruzicka, Landes-Irrenanstalt Prag. Zur Rückfahrt von dem Ausfluge nach Bohnitz werden Wagen beigestellt werden. In der Anstalt Bohnitz sind die Besucher vom Landesausschuß des Königreiches Böhmen zu einer Jause geladen. Für die Abende Freitag, Sonnabend eventl. Sonntag werden vom Lokalkomitee Karten für Theater, Varieté und Abendkonzerte zur Verfügung gehalten. Außerdem finden täglich um 2^{30} Uhr vom Josefsplatze aus Rundfahrten statt in der Dauer von $3^1/_2$ bis 4 Stunden zur Besichtigung der Haupt-Sehenswürdigkeiten Prags. (Preis 3 Kronen.)

Hotels: Hotel Paris, Prag I, Parisgasse. Hotel *Zentral.* Hotel de Saxe. Hotel „Blauer Stern", Prag II, Hybernergasse. Alle in der Nähe des Sitzungsgebäudes. „Schwarzes Roß", Prag II, Graben. „Englischer Hof" und „Kaiser von Österreich", am Poritsch. „Goldener Engel", Prag I, Zeltnergasse. Die Zimmerpreise sind von 4 Kronen angefangen.

Schweighofer, Schriftführer.
Starlinger, Obmann.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Haina** (Bez. Cassel). Abteilungsarzt Dr. Richard **Fels** ist am 1. d. Mts. aus dem Dienst der hiesigen Anstalt ausgeschieden. Am 17. d. Mts. ist Enste aus Coblenz als Medizinal-Praktikant eingetreten.

Unter der Überschrift: **„Einige Worte über die Weltsprache"** in „Schweiz. Rundschau für Medizin", Basel, Nr. 14, 8. April 1911, präzisiert Prof. Dr. A. Forel (z. Z. in Yvorne) die wichtigsten Gesichtspunkte dieses hochwichtigen Problems folgendermaßen: Das allmächtige Vorurteil pflegt von vornherein sich abfällig über die Weltsprache zu äußern, und doch bitte ich, die folgenden feststehenden Tatsachen im Auge zu behalten:

1. Mit dem Fortschreiten der Kultur werden unsere Gehirne immer mehr mit den sich stets anhäufenden Kenntnissen überbürdet und schreien nach Entlastung von unnützem Kram.

2. Werden immer zahlreichere frühere Volksidiome*) oder Dialekte zu Kultursprachen, z. B. Russisch, Ungarisch, Czechisch, Ruthenisch, Armenisch, Neugriechisch, Türkisch, Bulgarisch, Flämisch, Slovenisch, Japanisch, Chinesisch usf. — Und nun:

3. Wer wird zugleich alle diese Sprachen und das wachsende Wissen überwältigen können? Dennoch will jede dieser Kultursprachen alles Wissen in sich aufnehmen und eine eigene Literatur schaffen.

4. Englisch ist zwar am meisten verbreitet, aber erstens ist es sehr uneuphonisch, geradezu das Gegenteil von phonetisch. Und vor allem werden sich die andern Kulturvölker nie und nimmer vom englischen Geist und von der englischen Sprache absorbieren lassen wollen.

5. Als neutrale, sehr leichte phonetische und euphonische Weltsprache hat sich das Esperanto bereits praktisch bewährt. Es ist ungemein leicht zu erlernen, zu sprechen und zu schreiben.

Es würde genügen, es überall in den Schulen zu lehren, um auf der ganzen Erde eine einfache gegenseitige Verständigungssprache zu erhalten. Das Esperanto spricht sich sehr geläufig, ich habe mich am internationalen Esperantokongreß in Genf selbst davon überzeugt. Mit seiner Hülfe verstehen sich Menschen aller Sprachgebiete sehr leicht untereinander; seine Literatur ist bereits ausgedehnt! Es würde uns diese internationale Sprache aus dem heutigen Babelturme leicht heraushelfen. Es ist nicht wahr, daß der Gebrauch des Esperanto nicht praktisch durchführbar sei! Diese Sprache wird bereits viel gebraucht und nur die offizielle Einführung fehlt noch. Ich habe beispielsweise eine neue Ameisenart beschrieben in Esperanto, ohne Schwierigkeiten bei der Bildung der verschiedenen Ausdrücke zu finden.

6. Die Ärzte und die Wissenschaft sind international. Es wird aber immer schwieriger, teilweise unmöglich, die Fachliteratur in allen Sprachen zu beherrschen. Man möge sich nun eine sehr leichte Sprache vorstellen, in welcher, neben der Muttersprache der Autoren, alles erscheint und mit welcher man sich, wie an einem Esperantokongreß, auf allen internationalen Kongressen leicht verständigen kann und man möge überlegen, welche Vereinfachung unseres Lebens und unserer Arbeit dies bedeuten würde und wieviel mehr geistige Kräfte wir zur Verfügung hätten, die wir heute zur Erlernung schwieriger Formen diverser Fremdsprachen vergeuden. Wie sehr würde auch das Reisen erleichtert.

7. Es ist Tatsache, daß die Feindschaft zwischen den Kulturvölkern, außer den Religionsgegensätzen, durch nichts so sehr wie durch die Sprachgegensätze unterhalten wird. Was man Nationalitätenhaß nennt, ist größtenteils nur Sprachgegensatz!

Die Ärzte sollen schon aus diesen Gründen überall für die Einführung der Weltsprache fest eintreten. 5—10 Stunden genügen für Gebildete zur Erlernung des Esperanto; dazu kommt dann allerdings noch die Übung, um es geläufig zu sprechen und zu schreiben. Lesen kann man es gleich nach der Erlernung.

Nur das Vorurteil und das Trägheitsgesetz stemmen sich gegen den gewaltigen Kulturfortschritt der Einführung einer Weltsprache als internationale Hilfs- und Verständigungssprache. — Wohlverstanden nicht als Ersatz für die Muttersprache.

Gratisauskunft über Lehrmittel, Literatur etc. erteilt bereitwilligst Dr. Uhlmann, Nervenarzt, Schussenried (Württemberg).

*) Anm. d. Red.: Auf alle Sprachen, die hier aufgezählt werden, paßt diese Bezeichnung allerdings nicht!

Anstaltstechnisches.

Der normale Verschleiß und die Ursachen gewaltsamer Zerstörungen der Wäsche. Von Rainer Pott, techn. Chemiker.

Selbst bei sorgfältigster Behandlung und peinlichster Auswahl des besten Waschverfahrens läßt sich ein gewisser Verschleiß der Wäsche nicht umgehen, bedingt doch schon ein Reiben der Wäsche

mit den Händen, wie es die Hausfrau heute noch tut, eine Abnutzung.

Durch die maschinellen Waschtrommeln der privaten und öffentlichen Waschanstalten wird dieser Verschleiß auch nicht vermindert, ganz im Gegenteil, die Überwindung größerer Anforderungen in bezug auf schnelleres Waschen in großen Mengen geht auf Kosten der Wäsche und wird sich dieser Übelstand auch wohl nie ganz beseitigen lassen. Ein genügender Zusatz von Seife zur Waschflotte vermindert ja etwas das starke Abschmirgeln der Faser, indem dieselbe gewissermaßen als Schmiermittel wirkt.

Durch das Kochen allein wird auch die Haltbarkeit des Gewebes bedeutend vermindert und leidet dasselbe schon durch ein Kochen mit reinem Wasser ohne jeglichen Zusatz.

Eine weitere nicht ganz zu vermeidende Schädigung erfährt die Wäsche in größeren Waschanstalten durch das Kalandern bei hohen Temperaturen.

Auf die Zerstörung der Faser durch mechanische Mittel wie Messer, Schere usf. will ich hier nicht weiter eingehen, da sich die Verhütung von selbst ergibt.

Alles dieses sind jedoch nur kleinere, fast unvermeidliche Schädigungen, denen die Wäsche selbst bei größter Sorgfalt der Behandlung ausgesetzt ist.

Ein weit wichtigerer Faktor ist der Verschleiß des Gewebes durch die Behandlung mit Chemikalien oder chemische Vorgänge während des Waschprozesses, jedoch läßt sich durch richtige Waschmethoden und vernünftige Prinzipien die Lebensdauer der Wäsche außerordentlich erhöhen.

So wird z. B. durch hartes Wasser die Faser bedenklich geschädigt, denn jedes Wasser, ob Brunnen-, Fluß- oder Leitungswasser hat mehr oder weniger eine gewisse Härte, bedingt durch seine Kalk- und Magnesiumsalze.

Schon beim Vorspülen der Wäsche in hartem Wasser ohne Zusatz oder beim Waschen mit viel Soda und wenig Seife schlagen sich Mengen von kohlensaurem Kalk auf der Faser nieder, inkrustieren, machen die Wäsche spröde und haben ein Vergilben der Wäsche zur Folge.

Denselben Übelstand hat man beim Einweichen der Wäsche in mit Soda versetztem harten Wasser.

Wichtiger nun sind die Nachteile des harten Wassers beim Waschen mit Seife. Die Kalk- resp. Magnesiumsalze bilden mit den Fettsäuren der Seife bekannlich unlösliche Kalkseifen und ist die an die Kalksalze gebundene Seife natürlich erstens mal für den Waschprozeß verloren, aber was schlimmer ist, durch die Kalkseifen wird die Wäsche brüchig, sie vergilbt und nimmt einen ranzigen Geruch an. Man kann sagen, daß ein Kubikmeter Wasser mit zwanzig deutschen Härtegraden über 3 kg Seife mit 60% Fettsäuregehalt vernichtet, und wieviel Seife auf diesem Wege tagtäglich verloren geht, kann sich jeder leicht ausrechnen.

Eine Korrektur des harten Wassers durch reichliche Zugabe von Soda entgegnet zwar etwas der Zersetzung der Seife, auf der anderen Seite sind aber stark alkalische Bäder zumal in der Hitze sehr schädlich, dazu kommt noch, wie oben erwähnt, der der Wäsche außerordentlich nachteilige Umstand, die Bildung von kohlensaurem Kalk.

Es ist daher sehr zu empfehlen, einen Wasserreiniger aufzustellen, der sich schon in kurzer Zeit mehr als bezahlt macht. Von den verschiedenen Systemen will ich das Permutitverfahren lobend erwähnen.

Durch unvorsichtiges Desinfizieren der Krankenhaus- und Kliniken-Wäsche z. B. kann auch dem Gewebe großer Schaden zugefügt werden. Meist werden diese Wäschestücke desinfiziert in besonderen mit Dampf heizbaren Gefäßen, in denen dieselben mit einer schwachen ca. einprozentigen Desinfektionslösung langsam auf 97° C erhitzt werden.

Ein der Faser zuträglicheres Verfahren ist ein Einweichen in stärkeren kalten Lösungen von Lysol, Karbolsäure, Formaldehyd oder Sublimat etc., da die Wäsche vielfach unansehnlich wird durch die Desinfektion in den Dampfapparaten durch zu schnelles Steigen der Temperatur. Wenn die Erhitzung nämlich nicht allmählich geschieht, passiert es, besonders bei blutiger Eiterwäsche, daß die Eiweißstoffe koagulieren und in der Wäsche sozusagen einbrennen.

Ein Desinfizieren mit Bleichlaugen ist grundsätzlich zu verwerfen, da dieselben der Wäsche nicht wieder gut zu machende Schäden zufügen.

Als Schädigung durch Chemikalien kommt vor allen Dingen die Anwendung zu großer Mengen Soda besonders in der Hitze in Betracht.

Eine gute Seife ist das edelste und vorteilhafteste Ingredienz zur Erzielung einer guten Wäsche unter Berücksichtigung gewissenhafter Schonung des Gewebes.

Leider spielt neben der Seife manches „Seifenpulver" und Waschpulver mit meist sehr hohem Gehalt an Soda eine dem Wäschebestand verhängnisvolle Rolle. Es soll durchaus nicht behauptet werden, daß alle Seifenpulver zu verwerfen wären. Vielfach bestehen dieselben aber überwiegend aus Soda und werden — von der Schädigung der Wäsche ganz abgesehen — weit über ihren reellen Wert bezahlt. Ich habe Seifenpulver analysiert von 0,1% Fettsäure und der Rest war — viel Soda, Wasserglas, Chlor und andere die Wäsche gerade nicht vorteilhaft beeinflussende Zusätze.

Beim Waschen mit solchen Seifenpulvern, abgesehen von den Schädigungen durch die scharfen Bestandteile des Pulvers, erhält man natürlich recht fettarme Bäder, die ein außerordentliches Abschmirgeln der Faser nur befördern.

Auch die Behandlung der Wäsche mit starken Bleichlaugen, wie es heute noch verschiedentlich geübt wird, ist verwerflich.

Man sollte zu Chlor gar nicht mehr greifen, selbst zur Entfernung kleinerer Flecken nicht, wobei es üblich ist, die ganzen Stücke in ein starkes Chlorbad zu legen. Lieber auf die Beseitigung einzelner Flecken verzichten, als die Wäsche und damit den Ruf der Waschanstalten noch mehr schädigen.

Besonders auch bei Leibwäsche ist auf eine Schonung des Gewebes Wert zu legen, da sich doch durch öfteres Verleihen, bedingt durch die längere Haltbarkeit der Wäsche, eine höhere Verzinsung des angelegten Kapitals ergibt. Eine solche ist zu erreichen durch einwandfreie Waschmittel und Waschmethoden.

In neuerer Zeit haben sich die wasserlöslichen Kohlenwasserstoffe, Trichloräthylen, Tetrachlorkohlenstoff und wie ihre Homologe alle heißen, in der Wäscherei Bürgerrechte erworben.

Bei ihrer Herstellung ging man sicher von dem Gedanken aus, daß der Schmutz an Fettpartikelchen anhaftet und daß, nachdem das Fett gelöst ist, der Schmutz von selbst herauskommt.

Diese ausgezeichneten Waschmittel für die Wäschereibranche verbinden die Vorzüge einer guten Seife mit denen eines spezifischen Fettlösungsmittels und ist die Schonung der Wäsche bei der Behandlung mit diesen wasserlöslichen Fettlösungsmitteln überraschend.

Ich habe den Verschleiß der Wäsche in einer großen Waschanstalt kontrolliert, wo ich Vergleichsversuche anstellte mit wasserlöslichen Fettlösungsmitteln neben einem gar nicht schlechten Seifenpulver.

Die Servietten, Tischtücher, Leibwäsche wurden mit „Penterpol" z. B. 134 mal gewaschen, mit Seifenpulver dagegen nur 90 mal; die Verzinsung der Penterpolwäsche ist daher eine wesentlich höhere.

„Penterpol" bringt bekanntlich die Chemische Fabrik Oranienburg, Oranienburg bei Berlin in den *Handel*, dieselbe, die das wasserlösliche Fettlösungsmittel „Hexoran" in den Handel bringt, das 90% wasserlöslichen Tetrachlorkohlenstoff aufweist und große Verwendung in der Textilindustrie findet.

„Penterpol" ist ein wasserlösliches Spezialpräparat mit 80% Terpentinöl und für Dampfwaschanstalten und Hauswäscherei bestimmt. Die Wirkung des „Penterpols" ist eine doppelte, erstensmal wirkt es entfettend und reinigend, zweitens bleichend (reine Sauerstoffbleiche), ohne die Wäsche irgendwie zu schädigen.

Ein weiterer Vorteil bei Verwendung von „Penterpol" liegt darin, daß die Seifen- resp. Waschpulvermenge um die Hälfte reduziert werden kann und die Wäsche einen angenehmen, frischen, ozonartigen Geruch, wie der von der Rasenbleiche herrührend, annimmt.

Die früheren wasserlöslichen Präparate, die keine Bleichwirkung aufweisen, enthalten nur höchstens 15% Fettlösungsmittel, denen „Penterpol" mit 80% und „Hexoran" mit 90% gegenüberstehen.

Dann wird bei „Penterpol" der Kunde nicht gezwungen, den überschüssigen Ballast mitzukaufen, der in der Hauptsache in Wasser besteht.

Beim Waschen mit „Penterpol" ist eine andauernd hohe Temperatur wie bei Seife nicht notwendig und kann man die Kochdauer wesentlich abkürzen, was die Lebensdauer des Gewebes außerordentlich günstig beeinflußt. „Penterpol" ist absolut frei von Alkali, Chlor und sonstigen die Wäsche schädigenden Bestandteilen und kann ich auch dieserhalb das Produkt jedem Wäscher empfehlen.

In der Folge gebe ich einige Waschvorschriften aus der Praxis und ist bei Innehaltung derselben eine leichte Reinigung der Wäsche bei größtmöglichster Schonung des Gewebes gegeben. Die angegebenen Seifenmengen entsprechen der Hälfte der bisher von großen Waschanstalten gebrauchten.

Blutwäsche.

a) Mit einer Lösung von 6 kg Kristallsoda in ca. 250 l weichem Wasser einweichen.

b) Herausnehmen aus der Einweichlauge, 15 bis 20 Minuten kalt gespült.

c) Ablassen, lauwarm waschen, mit $^3/_4$ kg Seife $^3/_4$ Stunde.

d) 10 Minuten waschen mit 1 kg Seife und 100 g „Penterpol", $^1/_2$ Stunde heiß waschen, darauf spülen.

Man kann die Prozedur c und d vereinigen, indem man ca. $1^1/_2$ Stunde heiß wäscht mit $1^3/_4$ kg Seife, jedoch ist der Erfolg nicht der, wie bei obigem Verfahren.

Leibwäsche.

a) Einweichen mit ca. 250 l weichem Wasser ohne Zusatz.

b) Am folgenden Tage herausnehmen, in der Maschine $^1/_4$ Stunde spülen.

c) Waschen mit 1 kg Seife und 100 g „Penterpol" $^3/_4$ Stunde lang.

Spülen usf. wie bei voriger Vorschrift, blauen.

Stark beschmutzte Handtücher.

a) Einweichen mit ca. 4 kg Kristallsoda.

b) Waschen mit $^3/_4$ kg Seife $^1/_2$ Stunde, Spülen usf.

Bettwäsche.

a) In der Maschine mit ca. 200 l Wasser lauwarm spülen.

b) 300 g Seife und 75 g „Penterpol" zugeben, $^1/_2$ Stunde bei allmählich steigender Temperatur waschen.

c) Spülen und blauen.

Bunte Bekleidungsstücke.

a) Lauwarm spülen mit ca. 200 l Wasser.

b) Mit 300 g Seife und 50 g Hexoran $^3/_4$ Stunde, bei ansteigender Temperatur waschen, ein- oder zweimal spülen, blauen.

Durch eingehende praktische und theoretische Versuche und Beobachtungen bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß in „Penterpol" und „Hexoran" ein wertvolles Hilfsmittel für die Dampf- und Hauswäscherei gefunden ist.

Es hat alle die Eigenschaften, die an ein ideales Hilfsmittel gestellt werden müssen — möglichst gründliche Reinigungswirkung —, Herabsetzung der für die Wäsche erforderlichen Zeit und des Waschmaterials auf ein Minimum und — last not least — größtmöglichste Schonung der Wäsche.

Therapeutisches.

Über günstige Heilwirkung des Jodipins bei schwerer Syphilis. Von Dr. Buß. (Therapeutische Monatshefte, Heft 12, Dezember 1910, Seite 676.)

In einem Falle von schwerer Nierensyphilis mit Alkoholismus wurden wöchentlich 2 mal 10 bis 12 g 25 proz. Jodipin subkutan injiziert. Die Urinmenge, die im Anfang nur 400—600 ccm betrug, nahm schon nach wenigen Injektionen beträchtlich zu und blieb nach der Behandlung stets zwischen 2500 und 3000 ccm. Albuminurie und Odeme verschwanden vollständig. Die Heilung war dauernd. In einem zweiten Falle syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks mit Erscheinungen der syphilitischen Spinalparalyse und der sogenannten Pseudotabes syphilitica, wurden ebenfalls Jodipin-Injektionen gemacht. Patient, der ohne Hilfe weder gehen noch stehen konnte, war nach Abschluß der Behandlung im Stande, seinen Beruf als Schiffsführer wieder aufzunehmen. Ferner wurde eine chronische Arthritis nach vorausgegangener Syphilis durch Jodipininjektionen nahezu geheilt.

Von den Jodpräparaten scheint das Jodipin das allerwirksamste zu sein. Es wird bei subkutaner Einverleibung erst allmählich resorbiert und langsam ausgeschieden, die Kranken bleiben daher unter einer langanhaltenden Jodwirkung, auch treten keine Magenstörungen und sehr selten Jodismus auf.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **August Terlinden, Rees am Niederrhein,** bei, den wir unseren verehrten Lesern besonders empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der ostpreußischen **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg** bei Wehlau ist die Stelle eines

Anstaltsarztes

zu besetzen. Gehalt 3600 bis 6600 M, steigend von 3 zu 3 Jahren um 600 M, Höchstgehalt nach 15 Jahren, neben freier Dienstwohnung. Bei befriedigender Dienstführung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung. Anderweitig zugebrachte Dienstzeit oder praktische Beschäftigung kann auf das Ruhegehalts- und Besoldungsdienstalter in angemessenem Umfang angerechnet werden.

Meldungen mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf sind zu richten an den Direktor

Sanitätsrat Dr. **Dubbers.**

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgende Seite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 27. | 5. Oktober | 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich.)

Psychanalyse einer Katatonie.

Von Frau Dr. *Ter-Ogannessian.*

(Schluß.)

Der Bruderkomplex.

Sehr häufig und mit großer Zuneigung sprach Patientin von einem ihrer Brüder, während von den übrigen zwei Geschwistern keines erwähnt wurde. Sie gab spontan oft an, daß sie eine besondere Liebe zu ihm habe, weil er auch trinke wie der Vater. Sie fühlte sich innerlich gezwungen zweimal etwas Obstwein zu trinken, „um sich mit ihm zu vergleichen" (identifizieren), obschon sie sonst Alkoholika verabscheut.

Daß sie „wie der Bruder" und „der Bruder selbst" sein möchte, hat übrigens noch einen Grund. Als sie ihn in der Irrenanstalt, wo er wegen seiner Trunksucht war, besuchte, sagte ihr einmal der Direktor, er sei das reinste Kind. Das berührte ihre Reinheits- und Kindeskomplexe, und deshalb sprach sie auch in den letzteren Zusammenhängen gern vom Bruder, der eben die Reinheit und die Kindschaft, die sie erstrebt, schon erreicht hat.

Der Vaterkomplex.

Die Patientin war das ausgesprochene Lieblingskind ihres Vaters. Diese Stellung hatte man ihr auch beim Stiefvater zu erhalten gesucht, wie die Mutter sagt.

Der Vater erscheint in der Analyse gewöhnlich als das Urbild derer, die sie liebt. Sie spricht das sehr oft und in ganz direkten Worten aus, und als Tertium comparationis gibt sie meist, und wie wenn das selbstverständlich wäre, die Trunksucht an. Sie hat den Vater mit vier Jahren verloren; die häuslichen Szenen, die sein Alkoholismus verschuldete, sind ihr aber im Gedächtnis geblieben. Und noch etwas, was sie einmal als freie Assoziation an den offenen Schlitz des Lehrers, und ein ander Mal als Beginn ihrer Onanie erzählt: der Vater hat sie einmal auf die Knie genommen „und hat gezittert". Es handelt sich um eine sexuelle Erregung, die die Ursache ihrer von da an betriebenen Onanie wurde. Eine Erinnerungstäuschung scheint aus vielen Gründen ausgeschlossen.

Der Vaterkomplex drückt sich auch darin aus, daß sie die Worte: Friede, Hoffnung, Glaube, Liebe oft für sich zehnmal sagen muß, besonders das Wort Friede: „ich denke, ob es wohl von des Vaters Namen komme, weil er Friedrich geheißen hat".

Der Onanie- und Reinheitskomplex. Die homosexuelle Komponente.

Wie gewöhnlich drückt sich der allerdings hier ganz manifeste Onaniekomplex am meisten in einem exzessiven Trieb nach Reinlichkeit und Reinheit in Stube, Kleidung, Leib, sogar im Rektum aus. Reinheit und Reinlichkeit einerseits, Putzen und Beten andererseits sind der Pat. ziemlich identische Begriffe.

„Reinheit" vertritt aber auch die eine Seite ihres Verhältnisses zum Vetter, das sie mit so großer Anstrengung rein erhalten hat.

Sehr früh hat sie ihre Schulfreundin S. zum gemeinsamen Onanieren verführt. Sie war auch eifersüchtig auf dieselbe, denn sie hatte einen Geliebten, der Höhner hieß. „Da dachte ich, ob es vielleicht

Gr. sei, denn dieser sei groß und stolz, also höhn.*) Sie fürchtete auch schon in der Schule, daß Gr. die S. am liebsten habe. Daß die S. durch Selbstmord endete, drückt sie immer mit Schuldgefühl; doch ist sie selbst rein geblieben, und so viel onaniert hat sie nicht wie die Freundin.

Pat. hat einmal der Freundin an einem grünblauen Ballkleid genäht und einen Ärmel verdorben (unbewußte Eifersucht?). Nun taucht dieses blaugrüne Kleid immer wieder in den Assoziationen auf und symbolisiert, mit Schuldgefühl betont, die perversen Handlungen mit der S.

Aber auch jede blaue Farbe ist bei ihr lebhaft gefühlsbetont: blau repräsentiert außerdem das blaue Kreuz, den blauen Montag, die Heilsarmee, die blaue Uniform der Landjäger, alles Dinge, die sehr stark mit ambivalenten Gefühlen besetzt sind.

Der Religionskomplex.

Die Religion ist wie in allen solchen Fällen eine notwendige Ergänzung des sexuellen Komplexes, als Drohung und Tröstung ambivalent wie dieser. Es traten ferner etwa religiöse Zweifel auf, die aber keine Rolle spielten. Außerdem aber ist die Pat. „bei beiden Religionen beliebt“; sie macht sich viel Gedanken über den Katholizismus; der katholische Pfarrer hat ihr einmal ein Ständchen mit „Trommelmusik“ geben lassen usw. Wie immer in solchen Fällen vertritt hier der Protestantismus den protestantischen Geliebten (Lehrer), der Katholizismus den katholischen.

Von diesen Vorstellungen ganz unabhängig ist der Sektenkomplex. Die Freundin war einer Sekte beigetreten. Sie selbst hat sich immer und immer wieder überlegt, ob sie nicht zu einer Sekte gehen soll; und Sekten spielen in ihren Assoziationen eine große Rolle. Sie wollte dadurch „Rettung oder Tod“ finden. An Tod assoziiert sie, wie gewöhnlich in solchen Fällen, sexuelle Genüsse; beides erscheint gelegentlich identisch. Oft spricht sie spontan aus, daß sie glaube, bei den Sekten (inkl. Heilsarmee) bestehe sexuelle Freiheit „um Mitternacht“. Mit dem Widerspruch von Vergebung und Vergnügung hat sie sich offenbar nicht abgefunden; im ganzen macht es den Eindruck, als wenn sie nicht Rettung oder Tod, sondern Rettung und Tod bei den Sekten erhoffte.

Der Kindheitskomplex.

Ein Kinderkomplex als Wunsch Kinder zu haben fehlte bei unserer Patientin. Sie wollte im religiösen Sinne ein unschuldiges Kind sein und „werden wie die Kinder“. Aus diesem Grunde identifizierte sie sich einmal mit einem achtjährigen Kinde, bei dem allerdings noch die weitere Determinante hinzukam, daß dessen Vater auch getrunken hatte. Die Vorstellung war auch mit ein Grund, warum sie sich mit dem trinkenden Bruder identifizierte.

Dann aber fühlte sie sich als Kind ihrer Mutter. Während der Vater an verschiedenen Stellen der Analyse auftauchte, kam die Mutter fast nur in einer einzigen Konstellation, aber da mehrfach, vor: Jedesmal, wenn Pat. auf die Vorstellung kam, daß kein einziges Liebesobjekt der früheren Jahre übrig geblieben sei, dann wollte sie „heim zur Mutter“.

In einem früheren Stadium der Krankheit hatte sich dieses Gefühl wie so oft in der Idee ausgedrückt, daß alles gestorben sei (Weltuntergang).

Die Idee, ein Kind zu sein, hatte sich in der ersten Zeit objektiv in einem karrikiert kindlichen Benehmen ausgedrückt. In der Analyse gab sie den Grund spontan an, sie war sich also auch dieser Eigentümlichkeit ganz bewußt. Sie wollte aber nicht ein Kind sein in dem Sinne, wie es der (kindisch gewordene) Vetter war.

Verschiedenes.

Die Analerotik. Es ist aufgefallen, daß die Pat. auf ihr Rektum viel mehr Aufmerksamkeit verwandte, als man zu sehen gewohnt ist; sie brachte auch diesen Begriff mehrfach in Verbindung mit der Sexualität. Doch sind keine sicheren Zeichen von Analerotik gefunden worden. Dagegen ist immerhin zu beachten, daß die charakterologischen Symptome, die Freud*) dieser Aberration zuschreibt, Kleinlichkeit, Geiz, Trotz, übertriebene Reinlichkeit, in diesem Falle vorhanden waren.

Die Assoziationsstörungen der Schizophrenie kamen in diesem Falle in ausgesprochener Weise zur Beobachtung; vgl. oben Höhner; und von „stille“ fand sie mehrfach den Weg zu einem Komplexe über die Alliteration „Stiefel“ usw.

Einzelne auffallende Symptome fanden in der Analyse ihre spontane Erklärung durch die Pat. So war sie rückwärts aus dem Aufnahmezimmer gegangen. Das begründete sie damit, daß sie der schwangeren S. gesagt hatte: „du bist nicht besser als ich; ich kehre dir für immer den Rücken“. Später hielt sie diese Rede für eine Sünde und wollte niemandem mehr den Rücken kehren.

*) Dialektwort, das etwa: „gereizt gegen jemanden“ bedeutet. Ferner geht die Symbolisierung über die Assonanz: Höhn — höhe.

*) Charakter und Analerotik. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1907/08, S. 464.

Während der Analysen löste sich meist die sonst ausgesprochene affektive Steifheit: Pat. konnte in adäquater Weise lachen, weinen, zornig werden usw.

Auf den Verlauf der Krankheit hatte die Analyse keinen Einfluß. Sie verschlimmerte sich während derselben ganz allmählich in genau gleicher Weise wie vorher und nachher. Jetzt (1912) ist sie seit einigen Wochen draußen, ohne daß das akute Stadium ganz abgelaufen wäre.

Zusammenfassung.

Wie in den meisten Fällen von Schizophrenie finden wir auch hier eine Anknüpfung an sexuelle Jugendtraumen. Die Patientin war offenbar zur Schizophrenie von jeher disponiert; sie zeigte wenigstens von der Schulzeit an die gewöhnliche Zurückgezogenheit solcher Kinder. Schon vor dem Tode des Vaters (im fünften Lebensjahr) hat sie aber sexuelle Regungen gehabt, die vielleicht ausgelöst wurden durch Reiten auf des Vaters Knieen. Jedenfalls bringt die Patientin ein solches Erlebnis mit ihrer früh betriebenen Onanie in Verbindung, so daß die sexuelle Anknüpfung an den Vater sicher ist. Das erotische Verhältnis zum Vater bestimmt nun die späteren Anknüpfungen der Libido. Schon mit zwölf Jahren verliebt sie sich in ihren Lehrer, der des Alters und des Trinkens wegen und auch in der Statur einige Ähnlichkeit mit ihrem Vater hatte.*) Der Bruder, der auch Trinker ist, bekommt ebenfalls einen ausgesprochenen Anteil ihrer Liebe, und dann der Vetter, dessen Trunksucht beständig mit der des Vaters in Parallele gesetzt wird. Der Lehrer wird oft direkt mit ihrem Vater identifiziert, z. B. indem sie sich von ihm „Tochter" nennen hört. Er wird aber auch zu einem Gott erhoben. In diesem Falle wurde nicht nachgewiesen, daß diese letztere Wandlung wie sonst oft, dem Vaterkomplex entspringe. Dagegen sind noch andere Determinanten dafür von der Patientin angegeben worden: der Lehrer heißt Gottlieb; ferner identifiziert die Patientin den protestantischen Lehrer, den sie liebte, und den katholischen Lehrer, der ihr einen Heiratsantrag gemacht hatte, mit je einem protestantischen resp. katholischen Pfarrer, ja mit dem Protestantismus und dem Katholizismus in abstracto Unter solchen Umständen wird der Geliebte bei der Dem. praecox erfahrungsgemäß leicht zum Gott. Man hat ihr ferner gesagt, Gott sei ein Geist, und: jeder Mensch habe Geist, also ist der Lehrer, der Geist hat, Gott, und die Patientin kann sich selbst mit ihm identifizieren.

*) Der Lehrer ist oft die Vater-Imago, vgl. Ferenczi: Introjektion und Übertragung. (Jahrbuch f. Psychoanalytische und psychopathologische Forschung. I. Bd., 1909.)

Mit dem Bruder identifiziert sie sich persönlich insofern, als er trotz seiner Abstammung von dem trunksüchtigen Vater das „reinste Kind" genannt wird, wobei sie das „rein" fälschlich im ethischen Sinne nimmt. Um dieser Identifikation Ausdruck zu geben, mußte sie einige Male gegen ihre Neigung Obstwein trinken wie der Bruder.

Neben dem Lehrerkomplex ist aber der des Vetters, bei dem sie Haushälterin war, der wichtigste. Während der Lehrer mehr platonisch, aber eifrig geliebt wird, repräsentiert der Vetter, mit dem sie allein wohnte, das Objekt der geschlechtlichen Begierde. Wie weit das Verhältnis gegangen ist, ist nicht ganz sicher zu eruieren. Sie hat jahrelang die Türe ihres Zimmers seinetwegen geschlossen, eine Idee, die mit sehr starkem Affekt beladen ist. Die Stimme des Lehrers hat sie vor dem Manne gewarnt. Patientin gibt ein sexuelles Verhältnis im engeren Sinne nicht zu. Ihr Hymen ist auch intakt. Aber ein großer Teil ihrer Affekte und Ideen beschäftigt sich in der Krankheit damit. Ob sexuelle Spiele ohne Koitus vorgekommen sind, läßt sich nicht entscheiden. Aber zum Koitus ist es nicht gekommen. Und trotzdem das ganze Verhalten, wie wenn sie sich mit ihm ernstlich vergangen hätte. Sie hat Angst, von ihm gravid, von ihm angesteckt zu sein. Sogar das Testament, das ihr die Zukunft sichern sollte, und das bei ihrem Geiz eine besondere Bedeutung für sie haben mußte, sah sie als etwas Verdammliches an, wie wenn sie es unrechtmäßig verdient hätte. Wir sehen hier so recht, wie Wunsch und Wirklichkeit in der Schizophrenie das Gleiche sind. Bei dem intimen Zusammenleben hat ihr der sexuelle Wunsch offenbar nie Ruhe gelassen, wenn sie auch rein bleiben wollte und „immer die Türe schloß".

In einer Beziehung aber war sie nicht rein; sie hat früh onaniert, mit einer Freundin zusammen. Sie wurde auch durch die Lektüre eines Buches geängstigt, das schlimme Folgen dieser Gewohnheiten darstellte. Deshalb das Bedürfnis, rein zu sein, das ins Physische übertragen wurde. Sie mußte sogar ihren Darm möglichst rein halten. Sie wollte aber nicht nur rein sein, sondern „rein wie ein Kind". So war sie eine Zeitlang ein Kind, spielte im Reden und Benehmen das kleine Kind. Diese Idee wurde indes noch weiter determiniert durch das Bedürfnis, zur Mutter zu fliehen, nachdem ihre Übertragungen der Libido alle gescheitert waren. Dabei war sie

indes auch das Kind des Vaters und des mit ihm verdichteten Lehrers, und schließlich mußte sie auch ein Kind sein, weil ihr Vetter „kindisch" geworden war.

Ein weiterer Konflikt, der allerdings nicht so tief geht, entstand durch den Heiratsantrag eines anderen, katholischen Lehrers. Sie lehnte denselben ohne Bedenken ab. Sie war ja an den ersten Lehrer und zum Teil auch an den Vetter gebunden, welch letzterer nicht nur ihre sexuellen Phantasien in Beschlag genommen hatte, sondern auch das Vermächtnis an die Bedingung geknüpft zu haben scheint, daß sie bei ihm ausharre. Die Verhältnisse zu den beiden Lehrern wurden in Verhältnisse zum Protestantismus und Katholizismus umgewandelt; die beiden Religionen verehren sie.

Sehr bezeichnend ist auch das Verhältnis der Patientin zu den „Sekten". Sie hat entschiedene religiöse Bedürfnisse; sie muß auch bei ihren täglichen Versuchungen verschiedener Art jedesmal beten. Sie betrachtet ihre Onanie als Sünde, die sie sühnen muß. Sie würde gern zu einer Sekte gehen, weil man hier die alten Sünden abladen und ein neues Leben anfangen kann. Sie möchte aus ihrer Religionsgenossenschaft und damit aus der ganzen unbefriedigenden Umgebung austreten. Aber sie hofft auch, bei den Sekten könne man sich sexuell ausleben. Sie möchte also dort rein werden, aber zugleich ungebunden sexuell verkehren. Der Begriff der Sekte ist ihr in allen Beziehungen ambivalent.

Die große Neigung zu Symbolismen verdient ebenfalls Beachtung. Außer den eben angeführten Beispielen seien noch erwähnt: das blaugrüne Kleid, das die Onanie mit der Freundin, das Sterben und die blauuniformierte Heilsarmee als Repräsentant der Sekten darstellt. Sehr schön ist ihre symbolische Handlung, wie sie den Anteil ihres Selbst, der die Gelüste einer Dirne hat, in Form von Schweinefleisch verbrennt. Dann aber reut sie die Handlung wieder, denn man hätte mit dem Fett Erdäpfel rösten können, d. h. man hätte ihren Körper verwenden sollen zu einem regulären Verhältnis, wie es der Apfel (im Paradies) darstellt. Die sexuellen Symbole der Wurst, des Säbels usw. haben nichts spezifisch Schizophrenes an sich.

Um so mehr ein Teil der Klangassoziationen, die in der Wahnbildung eine Rolle spielen. Das Wort „Stille" würde z. B. auch einen Manischen nicht leicht auf die Idee „Stiefel" bringen.

Andere als erotische Komplexe sind hier nicht gefunden worden. Auch bei den Einzelheiten, die zunächst eine andere Bedeutung zu haben scheinen (Wurst, Säbel, Polizei, stehlen usw.), sind erotische Beziehungen im Vordergrund und nur diese geben der Idee die Bedeutung, nur auf diesen ruht der Affekt.

Die Liebe selbst ist recht schizophren; ein 26 Jahre langes Schwärmen von weitem für einen Lehrer, der viel älter ist als sie und nur geliebt wird, weil er den Vater mit seiner von ihr verabscheuten Trunksucht und einigen anderen Eigenschaften repräsentiert. Sie macht ihm allerdings einmal einen Heiratsantrag, von dem sie hätte sicher sein können, daß er abgewiesen werde; es ist das gewiß eher als ein schizophrener Einfall zu taxieren, als wie ein ernstlicher Annäherungsversuch.

Dann kommt das Verhältnis zu ihrem Vetter, das nicht bis zum sexuellen Verkehr geht, aber in ihren Vorstellungen ein durchaus sinnliches ist und deshalb ihre Ideen genau so beeinflußt, wie wenn sie in Wirklichkeit seine Maitresse gewesen wäre.

Der Lehrer, der ihr einen wirklichen Heiratsantrag machte, tritt ganz zurück.

Weniger als in vielen anderen Fällen von Schizophrenie kommt hier die homosexuelle Komponente zur Geltung. Das gemeinsame Onanieren mit der Freundin wird ja wohl nicht ohne solche Gefühle abgegangen sein. Aber eine ausgesprochene Homosexualität ist trotz unseres Suchens hier nicht nachgewiesen worden. Die ganze Erotik wird beherrscht vom Vaterkomplex und seinen Übertragungen. Die Patientin fühlt sich dementsprechend als Kind und spielt das Kind. In der Sprache Freuds würde das heißen: die Entwicklung der Libido ist auf dem kindlichen Stadium stehen geblieben, fixiert worden. Bis auf diesen Punkt greift die Regression zurück, wenn unlösbare Konflikte eintreten. Daher ist das Krankheitsbild ein katatonisches und nicht ein paranoides.*)

Am Schlusse sei es mir gestattet, unserem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Bleuler, für die Überweisung des Themas und für die Anregung zur Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen.

*) Vgl. Freud, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. Jahrb. f. psychoanalyt. etc. Forschungen. Bd III, S. 9.

Ozofluinbäder bei Nervenkrankheiten.

Von Dr. med. *Dammann*, Nervenarzt in Berlin W.

In den letzten Jahrzehnten hat die Behandlung der Nervenerkrankungen, insbesondere der sogenannten Neurosen, ganz bedeutende Veränderungen erfahren. Während man früher — wie auch auf anderen Spezialgebieten der Medizin — alles Heil von Medikamenten erwartete, ist man mehr und mehr zu einer sozusagen naturgemäßeren Behandlungsart zurückgekehrt. Man glaubte noch vor wenigen Jahrzehnten an die spezifische Wirkung aller möglichen mehr oder weniger giftigen Substanzen und die älteren Kollegen werden sich noch der Zeit entsinnen, in der man z. B. Asa foetida als Spezifikum gegen Hysterie verordnete, teils weil man einen besonderen Einfluß auf das erkrankte Nervensystem erhoffte, teils aber wohl auch, weil man glaubte, durch den scheußlichen Geschmack des Mittels die Hysterischen am besten von ihren scheinbar eingebildeten Beschwerden kurieren zu können. Und auch noch vor gar nicht langer Zeit fand man am Krankenbett des Neurasthenikers und der Hysterika eine ganze Batterie von Medizinflaschen und Fläschchen, und der ohnehin schwache Magen der Kranken, der nicht einmal imstande war, die notwendigsten Nahrungsmittel aufzunehmen, wurde durch die Zahl der Medikamente in unverantwortlicher Weise gemißhandelt.

Die Reaktion konnte nicht ausbleiben. Und seitdem man erkannt hat, daß es die Aufgabe einer rationellen Medizin ist, nicht die Krankheit zu behandeln, sondern den Kranken, hat man auch in der inneren Medizin die Anwendung der Medikamente erheblich beschränkt und ist mehr zu einer allgemeinen physikalisch-diätetischen Behandlungsweise übergegangen, ausgehend von der richtigen Ansicht, daß es die vornehmste Aufgabe des Arztes sein soll, die Natur in ihren Heilbestrebungen zu unterstützen. Es war daher ein großes Verdienst E. v. Leydens, daß er immer wieder den Wert der diätetisch-physikalischen Therapie betonte und dadurch den Bestrebungen einer durchaus naturgemäßen Heilmethode, die bereits weite Kreise des Volkes beherrschten, auch unter den Ärzten zahlreiche Anhänger gewann. Und gerade bei den Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere bei den sogenannten Neurosen sind die Erfolge dieser Therapie ganz unbestrittene.

Ich möchte die Bäderbehandlung als einen ganz enorm wichtigen Bestandteil der diätetisch-physikalischen Therapie bezeichnen und bin der Ansicht, daß dieselbe auch heute noch trotz aller Bemühungen verschiedener Gesellschaften immer noch nicht den gebührenden Platz einnimmt. Dies mag zum Teil daran liegen, daß es nur den einigermaßen bemittelten Kreisen möglich ist, auf längere Zeit Badeorte aufzusuchen, und daß bis vor kurzem nur die Wohnungen wohlhabenderer Familien den Komfort einer Badeeinrichtung aufwiesen. Heutzutage ist eine moderne Familienwohnung selbst in kleinbürgerlichen Wohnungen ohne Badeeinrichtung kaum denkbar, wenn auch bedauerlicherweise der Baderaum vielfach in diesen Kreisen als eine Art Rumpelkammer benutzt wird und die Badewanne häufig genug als Aufbewahrungsort für die sonderbarsten Gegenstände benutzt wird. Es wäre ein Verdienst des praktischen Arztes, bei seinen Krankenbesuchen auch in dieser Hinsicht aufklärend zu wirken und den Wert des Bades in gesunden und kranken Tagen in geeigneter Weise zu propagieren. Wenn die Familien wüßten, welch wichtigen Heilfaktor sie im Hause haben, den sie sich ohne große Unkosten nutzbar machen könnten, würden viele Medikamente erspart werden können.

Die Wirkung der Bäder als Heilmittel dürfte wohl nur zum kleinsten Teil auf eine Aufnahme der in ihnen enthaltenen medikamentösen Stoffe durch die Haut zurückzuführen sein. Zwar wird man z. B. den Schwefelbädern eine spezifische Wirkung des Schwefels nicht abstreiten können und auch andere medikamentöse Zusätze wirken zweifellos in ihrer Art auf den Organismus ein. Auch bei Blutarmut mag ein Teil der Bädererfolge auf die Resorption verschiedener Stoffe, z. B. des Eisen, des Arsen etc. zurückzuführen sein, doch wird man sich hüten müssen, diese Wirkung zu überschätzen, da es sich sicherlich nur um minimale Quantitäten handeln kann, die auf diesem Wege dem Organismus einverleibt werden können. Im wesentlichen dürfte der Erfolg der Badekuren in den meisten Fällen auf die mächtig anregende Wirkung des Bades an sich auf die Haut und durch diese hindurch auf die übrigen Gewebe und Organsysteme zu beziehen sein. Durch das Bad wird nicht nur die Blutzirkulation angeregt, sondern der gesamte innere Stoffwechsel gefördert. Es tritt eine allgemeine Erfrischung ein. Bekannt ist, daß ein warmes Bad oft das beste Diuretikum ist. Patienten, deren Nierenausscheidung zu wünschen übrig läßt, sind in der Lage, reichliche Mengen Harn zu lassen. Und es ist leicht erklärlich, daß durch die genügende Harnabsonderung, durch welche der Körper von allen möglichen Stoffwechselschlacken befreit wurde, auch das Allgemeinbefinden in günstigster Weise beeinflußt wird. Die anregende Wirkung der Bäder auf die Darmtätigkeit ist allgemein bekannt und wird besonders bei Frauen, die an sich häufig zur Darmträgheit neigen, mit bestem Erfolge benutzt.

Bei Nervenkrankheiten verordne ich seit Jahren mit besonderer Vorliebe Bäder mit Fichtennadelextrakt, weil ich von diesen eine ganz besonders günstige Wirkung, insbesondere bei den Neurosen sah. Als besonders bequem in der Anwendung bevorzuge ich in letzter Zeit die Ozufluinbäder. Dieselben kommen in Form kleiner handlicher Patronen in den Handel, die man sozusagen in der Westentasche mit sich führen kann. Ein Bad ist schnell bereitet, indem man den Inhalt einer Patrone in das Badewasser schüttet. Da Ozofluin aus einer granulierten Substanz besteht, löst es sich sofort und das Fichtennadelbad ist fertig.

Die Wirkung der Ozofluinbäder bei Nerven-

kranken ist eine mehrfache. Insbesondere wirken sie günstig beim Darniederliegen aller Körperfunktionen, wie man sie bei Neurasthenikern in depressiver Stimmung und bei Hysterischen nur allzu häufig findet. Es ist eine deutliche Anregung des oft völlig fehlenden Appetits zu konstatieren, und selbst Patienten — hier handelt es sich besonders um solche weiblichen Geschlechtes —, denen man vorher jeden Löffel mühsam in den Mund quälen mußte, bekommen leidlichen Appetit. Von welch hohem Wert aber eine Erhaltung des Kräftezustandes durch genügende Nahrungsaufnahme ist, dürfte allgemein bekannt sein, und oft muß es als allerwichtigste Aufgabe des Arztes betrachtet werden, für eine genügende Nahrungsaufnahme zu sorgen, eine Aufgabe, die oft mit großen Schwierigkeiten verknüpft ist. Bei hysterischen und blutarmen Patientinnen nützt oft alles Zureden nichts. Sie geben zu, daß eine bessere Ernährung notwendig sei. Beim nächsten Besuch des Arztes behaupten sie, reichlich gegessen zu haben. Forscht man dann aber näher nach, so erfährt man, daß nur minimale Quantitäten genommen wurden, die nicht einmal zur Erhaltung des Kräftezustandes ausreichen konnten und noch viel weniger dazu dienen können, die in längerer Zeit verlorenen Kräfte wieder zu ersetzen. In dieser Hinsicht bieten gerade die Fichtennadelbäder (Ozofluin) ein außerordentlich wertvolles Anregungsmittel, das mir besonders deshalb so wertvoll erscheint, weil es nicht — wie die medikamentösen Stomachica — die Zahl der innerlich zu nehmenden Arzneien noch vermehrt.

Die Ozofluinbäder wirken aber auch günstig als Sedativum. Nervöse und Hysterische leiden häufig an quälender Schlaflosigkeit. Sie verlangen fortwährend Schlafmittel und der Arzt kann diesem Verlangen nicht immer ein Nein entgegensetzen, obwohl er genau weiß, daß durch das häufige Einnehmen der üblichen Hypnotika der nervöse Schwächezustand nur ungünstig beeinflußt werden kann. Die Fichtennadelbäder können auch in dieser Hinsicht bei sachgemäßer Ausführung von wohltätiger Wirkung sein und vermögen manchmal ein Hypnotikum voll zu ersetzen.

Nicht zu unterschätzen ist endlich der suggestive Einfluß der Ozofluinbäder, der gerade bei Neurasthenikern und Hysterischen in Betracht kommt. Der Kranke hat unwillkürlich bei Benutzung eines Ozofluinbades die Empfindung, daß die einen kräftigen Waldesduft ausströmenden Bäder auch seinen geschwächten Organismus wieder in die Höhe bringen müssen. Er gewinnt neuen Lebensmut und neue Hoffnung und fügt sich dann doppelt gerne den sonstigen ärztlichen Anordnungen, die gerade von den im Depressionsstadium befindlichen Kranken häufig gar nicht befolgt werden, da „ihnen ja doch nicht mehr zu helfen sei".

Von den zahlreichen Fällen, in denen ich von der Anwendung der Ozofluinbäder eine sehr günstige Wirkung sah, seien einige wenige hier erwähnt:

I. 24jährige Schauspielerin, seit Jahren hochgradig hysterisch. Durch eine chronische Metritis, die sie mehrere Monate ans Bett fesselte, war ein hochgradig allgemeiner Schwächezustand eingetreten. Die Patientin war stark abgemagert, sehr blutarm und so schwach, daß sie kaum vom Bett zur Chaiselongue sich schleppen konnte. Sie hatte keine Lust zum Aufstehen mehr und auch die Nahrungsaufnahme war minimal. Tagelang aß sie fast gar nichts. Appetitanregende Mittel hatten keinen Erfolg. Nährpräparate wurden ein oder zwei Tage genommen, dann beiseite gestellt, da sie doch nutzlos seien. Stuhlgang lag sehr darnieder. In diesem Falle sah ich von Ozofluin ganz erheblichen Erfolg. Die Patientin, die sehr gern badete, nahm täglich ein zehn Minuten dauerndes Ozofluinbad mit nachfolgender Abreibung. Sie fühlte sich danach frischer, blieb noch etwas außer Bett. Der Appetit hob sich zusehends, die nervösen Beschwerden ließen nach. Während die Patientin, eine außerordentlich verwöhnte Dame, vorher sich hinter dem Rücken des Arztes Veronal zu verschaffen gewußt hatte, brauchte sie nunmehr keine Schlafmittel mehr. Pat. befindet sich noch in Behandlung, kann aber jetzt weite Spaziergänge zu Fuß machen, befindet sich anhaltend in guter hoffnungsfreudiger Stimmung.

II. 21jährige junge Dame, ohne Beruf. Zart gebaut, schwächlich, ziemlich blutarm. Hat eine Salvarsan- (Yoha'-) Kur gebraucht mit gleichzeitiger intramuskulärer Injektion von Hg. salicyl. — Durch diese Kur sehr heruntergekommen, hochgradig nervös erregbar, schlaflos, fast vollständige Appetitlosigkeit, deprimierte, sehr verdrießliche Stimmung. Auch in diesem Falle konnte ich von dem Tage an, an dem Ozofluinbäder genommen wurden, eine wesentliche Besserung konstatieren. In diesem Falle war von einer medikamentösen Behandlung überhaupt Abstand genommen worden, vielmehr wurden nur einige Kräftigungsmittel genommen.

III. 42jähriger Zugführer, vor fünf Jahren Unfall durch Quetschung des Kopfes, seitdem zahlreiche nervöse Beschwerden insbesondere dauernd deprimierte Stimmung mit Selbstmordgedanken, Schwäche in den Beinen, Gedächtnisschwäche, häufige Kopfschmerzen und Ohrensausen, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung. Auch in diesem Falle vorzügliche anregende Wirkung der Ozofluinbäder, rasche Besserung der zahlreichen Beschwerden bis zu einem wenigstens einigermaßen erträglichen Zustand.

Auch in anderen Fällen war die Wirkung eine ähnliche. Es dürfte daher meines Erachtens die Anwendung der Ozofluinbäder bei der Behandlung von Neurasthenie und Hysterie als ein wichtiger Heilfaktor neben der sonstigen Therapie in Betracht kommen.

Mitteilungen.

— **Brandenburg.** Zur besseren Abrundung des Grundbesitzes der Landesirrenanstalt zu Neuruppin hat der Provinzialverband einen erheblichen Teil des Gutes Treskow-Berg mit dem Wirtschaftshof und einer Ziegelei erworben. Durch die damit erreichte größere Zahl von Milchkühen braucht die Anstalt Milch nicht mehr hinzuzukaufen. — Die Krankenstation auf dem Wirtschaftshof der im Bau befindlichen neuen Landesirrenanstalt zu Brandenburg a. H. ist vorweg fertiggestellt worden und

wurde im Juni mit 30 männlichen Kranken belegt, die mit Erdarbeiten auf dem Anstaltsgebiet beschäftigt werden.

— **Neubau der psychiatrischen Klinik in Wien.** Die seit dem Frühjahre unter Vorsitz des Sektionschefs v. Kelle gepflogenen Beratungen der Ministerialkonferenz über die Fortsetzung des Neubaues der Universitätskliniken sind dem Abschlusse nahe und soll in der dritten Bauperiode der Neubau der psychiatrischen Klinik des Hofrates Prof. Dr. Wagner v. Jauregg fertiggestellt werden. Diese Klinik ist gegenwärtig im alten Gebäude der bestandenen Landesirrenanstalt untergebracht. Da die weitere Fortsetzung des Klinikenneubaues die Demolierung der alten Landesirrenanstalt bedingt, so muß bei der dritten Bauperiode darauf Bedacht genommen werden, das alte Gebäude frei zu bekommen. Die endgültige Entscheidung wird in der allernächsten Zeit erfolgen, so daß noch in diesem Jahre mit den Nivellierungs- und Erdaushebungsarbeiten begonnen werden wird.

— **Das neue Spital für Geisteskranke in Budapest.** Am 8. September d. Js. hielt die Kommission zur Beaufsichtigung des in Verbindung mit dem neuen Johannisspital zu bauenden Spitales für Geisteskranke unter dem Vorsitze des Magistratsrates Graf Géza Festetich eine Sitzung ab, in welcher Magistratskonzipist Dr. Friedrich Gallina das Referat führte. Die Kommission befaßte sich mit der Überprüfung der zum Bau des Spitals eingelaufenen Offerte und empfahl die billigsten zur Annahme. Bei dem mit $2^1/_2$ Mill. Kronen veranschlagten Bau dürften 200000 K. Ersparnisse erzielt werden.
(Zeitschr. für Kranken- u. Humanitätsanstalten, Nr. 18, 1912.)

Referate.

— Jahresbericht über die Kgl. Psychiatrische Klinik in München für 1908 und 1909. München, Lehmann, 1911. 187 S.

Der neue Zweijahresbericht eröffnet wiederum in übersichtlicher Gliederung einen Einblick in die reiche Arbeit der Klinik und ihre Ergebnisse. Von besonderem Interesse ist u. a. die Verschiebung bei der diagnostischen Gliederung des Krankenmaterials. Das Steigen der Ziffer für manisch-depressives Irresein steht in Zusammenhang mit dem Sinken der Dem. praecox. Katamnestische Erfahrungen haben hier die Diagnosenstellung beeinflußt. Auch die Epilepsie ist gesunken, manche Fälle werden nun zur „Psychopathie" gerechnet. Diese Gruppe hat auch zugenommen, weil mehr Psychopathen als früher der Klinik zugeführt wurden. Graphische Darstellungen veranschaulichen die Verschiebung.

Die forensische Tätigkeit wird diesmal in einem besonderen Kapitel von Rüdin besprochen, wobei einige nach der klinischen wie forensischen Seite beachtenswerte Fälle zur Erörterung kommen. Bansenweis gibt eine Übersicht über 533 Fälle von alkohol. Geistesstörung aus der Berichtszeit. Mehr als die Hälfte der Fälle betraf Rauschformen, danach ist die Gruppe des Alkoholismus am meisten beteiligt, während Delirium nur in 48, Korsakow-Psychose in 11 und Alk.-Wahnsinn in 25 Fällen zur Aufnahme kam. Filser bespricht in einer ausführlichen Abhandlung die alkoholischen Mischformen und chronischen Alkohol-Halluzinosen. Er sucht durch kasuistische Mitteilungen den Standpunkt Kraepelins zu rechtfertigen, daß eine reine Scheidung von Delirium und Halluzinose nicht möglich und die Variationsbreite der Vermischung eine große ist. Die 28 Fälle bringt er dabei in folgende Gruppen unter: 1. Delirien, die außer dem typischen Symptomenkomplex noch Erscheinungen der Alk.-Halluzinose aufweisen. 2. Besonnene Delirien (= delirante Erlebnisse von großer Deutlichkeit bei erhaltener Besonnenheit und Orientierung). 3. Alk. Halluzinose mit Delir-Erscheinungen. Letztere im Hintergrunde. Bewußtsein frei. 4. Gefühlstäuschungen im Vordergrunde bei Delir und Halluzinose. 5. Delir und Halluzinose folgen sich in kurzer Zeit. — Bezüglich der chronisch. Alkoh.-Halluzinosen (31) werden unterschieden: 1. Fälle mit Ausgang in den von Kraepelin beschriebenen halluz. Schwachsinn. 2. Progrediente Fälle mit Ausbildung der Wahnideen, ohne daß die Systematisierung wie bei echter Paranoia ganz erreicht wird. Erhaltenbleiben des Affekts auf ursprünglicher Höhe. — Der Bericht bringt weiter Beiträge von Alzheimer, Plaut, Weiler, Isserlin, Knauer u. a. Ein kurzes Referat kann dem reichen Inhalt des Bandes nicht gerecht werden.

Mercklin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Wien.** Der nied.-österr. Landesausschuß hat den Priv.-Doz. Dr. Berze, Leiter des Sanatoriums der nied.-österr. Landes-Heil- und Pflegeanstalten „Am Steinhof" in Wien, zum dirigierenden Primararzt der Landesirrenanstalt in Klosterneuburg ernannt.

— **Göttingen.** Priv.-Doz. Dr. Eichelberg in Göttingen ist mit der Leitung der Psychiatrischen Klinik an Stelle des verstorbenen Prof. Cramer beauftragt worden.

— **Frankfurt a. M.** Marian Ehrlich, zuletzt zweiter Arzt der Nerven-Heilanstalt Speichersdorf bei Königsberg, seit dem 1. Sept. Assistenzarzt des Sanatoriums für israelitische Nervenkranke in Frankfurt a. M.

— **Brandenburgische Provinzialanstalten.** Der Assistenzarzt Dr. v. Seidlitz der Landesirrenanstalt Teupitz ist am 2. Sept. d. Js. gestorben. Die Assistenzärzte Dr. Seyffert in Neuruppin und Dr. Hoefft in Teupitz haben zum 1. Juli d. Js. den Brandenburgischen Provinzialdienst verlassen. Der Assistenzarzt Dr. Mohr in Eberswalde ist zum An-

staltsarzt vom 1. Okt. d. Js. ab ernannt worden. Neu eingetreten sind die Assistenzärzte: Dr. Voß, Landesirrenanstalt Sorau, am 1. Juli, Dr. Berendes, Anstalt für Epileptische Potsdam, am 1. Juli, Dr. Knape, Landesirrenanstalt Teupitz, am 1. Juli, Brexendorff, Landesirrenanstalt Neuruppin, zum 1. Okt. Am 1. Nov. wird der Arzt Dr. Albrecht von der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. zur Landesirrenanstalt Eberswalde übertreten. — Bei Gelegenheit der Kaisermanöver wurde dem Direktor und Chefarzt der Anstalt für Epileptische in Potsdam Dr. Kluge der Rote Adler-Orden IV. Klasse Allerhöchst verliehen.

Anhang.

Ruhr und Typhus (einschliesslich Paratyphus) nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

In einer späteren Mitteilung*) berichten G. Sobernheim und E. Seligmann über Bakterienarten, welche, bei systematischer bakteriologischer Prüfung von Fleisch, Fleischwaren und anderen Nahrungsmitteln im Berliner städt. Untersuchungsamt gefunden, sich morphologisch und biologisch wie Enteritisbakterien (Paratyphus-B- bezw. Gärtnerbazillen) verhielten und deren Kulturen untereinander völlig übereinzustimmen schienen. Die Sera von diesen Kulturen agglutinierten aber fast immer nur den homologen Stamm; fast jede einzelne Kultur — es waren 10 — erzeugte also ihr eigenes spezifisches Serum. — In zwei Fällen (Fleisch und Stuhl) wurden neben echten Paratyphus-B-Bazillen inagglutinable, kulturell aber völlig typisch sich verhaltende Stämme gezüchtet; die von beiden Stämmen hergestellten Sera agglutinierten ebenfalls nur den homologen Stamm, nicht dagegen Paratyphus-, Gärtner- oder sonstige Kulturen. — Interessant ist auch die Mitteilung derselben beiden Forscher, daß sie aus einer Ausgangskultur (ihrem Bazillus Haustedt) folgende Tochterkulturen herausgezüchtet haben: einen echten Gärtnerstamm, einen durch die Agglutination von diesem zu trennenden Sonderstamm, einen Typhusbazillus und eine dem Coli mutabile sehr nahestehende Kultur.

Eine übersichtliche Darstellung der klinischen Verhältnisse des Paratyphus hat neuerdings E. Stolkind**) versucht. Wir folgen seiner Schilderung. Er unterscheidet vier klinische Formen: 1. typhöse, 2. gastrointestinale, 3. deren Unterart, die choleraähnliche, 4. die influenzaähnliche. Es kommen auch atypische Fälle vor, wobei es sich um Kombination zweier Formen oder um Übergang der einen Form in die andere handeln kann. Von der ersten Form, die bereits von mehreren Autoren beschrieben ist, werden zwei von Stolkind selbst beobachtete Fälle mitgeteilt, der eine von Paratyphus A (keine Mitagglutination), der andere von Paratyphus B (ebenfalls keine Mitagglutination). — Die gastrointestinale Form ist anscheinend recht häufig; wie Stolkind erwähnt, finden sich im „Bericht des Gesundheitswesens des preußischen Staates“ für 1907 unter 571 Paratyphusfällen 243 mit akuter Gastroenteritis und Lentz beobachtete unter 200 Fällen diese Form bei mehr als der Hälfte. Es sind auch Fälle von Gastroenteritis chronika paratyphosa mit Paratyphusbazillen im Stuhl in Reinkultur beschrieben worden. — Die dritte Form verläuft ähnlich der Cholera asiatika oder der Cholera nostras; auch subnormale Temperatur wurde dabei beobachtet; ferner kamen auch tödlich verlaufende Fälle vor. — Von der vierten Form beobachtete Stolkind einen der Influenza respiratoria ähnlich verlaufenen Fall; es wurde Paratyphus B nachgewiesen. Paratyphus mit Angina katarrhalis, auch mit Herpes, wurde mehrfach beschrieben, von Baer (zit. bei St.) sogar eine Paratyphusepidemie bei 56 Soldaten mit Konjunktivitis, Angina katarrhalis usw. Das Fieber ist bei dieser Form manchmal unregelmäßig und intermittierend; in zwei derartigen Fällen Stolkinds fand sich Paratyphus-B-Bazillus. („Malariatypus“ nach Carducci.)

Inkubation und Prodromalstadium von Paratyphus, der eine bakteriämische Erkrankung ist, dauern, wie Stolkind angibt, von einigen Stunden bis zu zehn Tagen. Die Krankheit beginnt meist plötzlich mit Schüttelfrost, Diarrhöe; besonders häufig ist Schwitzen. Fieber ist, abgesehen von vereinzelten choleraähnlichen Fällen, immer vorhanden, sei es continua oder remittens oder intermittens; es endet kritisch oder lytisch, zuweilen erst nach acht bis neun Wochen. Es kommen zuweilen typische typhöse Roseolen, Urtikaria, masern- oder scharlachähnliche Hautausschläge zur Beobachtung. Milztumor fehlt oft. Die Stühle können erbsenbreiig oder dysenterieähnlich sein, oder es kann Verstopfung bestehen. Bei schweren Fällen wurde Status typhosus beobachtet. Leukopenie ist selten. Die Dauer der Krankheit beträgt einen Tag bis mehrere Monate. Rezidive kommen vor; sie sind gewöhnlich leichter als der erste Anfall. — Die Paratyphusinfektion kann primär auch als Pyelitis und Zystopyelitis auftreten. — Als Komplikationen wurden beobachtet: Endokarditis, meningeale Erscheinungen, Abszesse, Orchitis, Neuritis optika, Thrombose, Ikterus, Nierenentzündung, Drüsen- und Leberschwellung, Cholezystitis; Paratyphusbazillen (A wie B) wurden in den Gallenwegen, ihrem gewöhnlichsten Sitz bei Paratyphusbazillenträgern, gefunden. — Beim Paratyphus-A, der selten ist, wurde bisher nur die typhöse und die gastrointestinale Form beschrieben. Paratyphus-C ist ganz selten. — „Nahrungsmittelvergiftungen“ sind meist Paratyphus-B-Infektionen; nicht ausschließlich in Fleisch, auch in Gemüse und Eisspeisen, Austern, selbst im Transporteis von Seefischen wurden Paratyphusbazillen gefunden (Rommler, Deutsch. med. Wochenschrift, 1909, Nr. 20, zit. von Stolkind). Differentialdiagnostisch

*) Weitere Beiträge zur Biologie der Enteritisbakterien. Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. 50. Bd. 1, 1911, I. Abt., Beiheft.

**) Die Klinik des Paratyphus. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. XII, 7. Würzburg, E. Kabitzsch, 1912.

können Malaria, Septikämie, Dysenterie, beginnende Tuberkulose (besonders akute, miliare), Endokarditis ulzerosa akuta, allgemeine Colibazilleninfektion in Betracht kommen. Entscheidend ist der bakteriologische Nachweis von Paratyphus-B-Bazillen in Entleerungen und Blut und die Agglutination; es kann eventuell schon letztere genügen; Mitagglutination von Typhusbazillen ist nach Stolkind selten. — Bezüglich Mischinfektionen meint Stolkind, daß alle bisher beschriebenen Fälle von gleichzeitiger Erkrankung an Typhus abdominalis und Paratyphus nicht als vollständig einwandfrei betrachtet werden können; in einigen der Fälle wird von den Autoren selbst vermutet, daß eine der beiden Bakterienarten zuerst saprophytisch gewuchert haben könne. Es sind ferner Mischinfektionen bezw. gleichzeitiger Befund von Paratyphusbazillen und Streptokokken, Staphylokokken, Malariaplasmodien, Tuberkulose, Masern etc. beobachtet worden; einen Fall von Mischinfektion von Paratyphus-B und Masern beschreibt Stolkind. — Paratyphusbazillen wurden in ausgetrockneten Fäzes, die sich an trockner, dunkler Stelle befanden, noch nach 1½ Jahren lebensfähig gefunden (Mayer, Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 43, zit. von Stolkind) und dann von Sonnen- und warmen Strahlen nach vier Stunden getötet. (Nach Citron, a. a. O., sind sie ziemlich hitzeresistent, vertragen ¼ Stunde und länger die Temperatur von 70°, und werden bei ungenügendem Kochen von Fleisch, das mit ihnen infiziert ist, im Innern eines großen Stückes nicht abgetötet.) Gegenüber Desinfizientien sind sie, abgesehen von Sublimat, resistenter als Typhusbazillen. Sie können oft schon in den ersten Tagen der Erkrankung in Blut (mit der Gallenmethode), Roseolen, Milch, Exkreten (aus den Fäzes in der zweiten Woche) nachgewiesen und (in tödlichen Fällen) aus fast allen Organen gezüchtet werden. Mit dem Krankenserum werden sie serodiagnostisch nachgewiesen. Sie kommen aber auch als nicht pathogen, als Saprophyten bei Mensch und Tier vor. Ansteckung von Mensch zu Tier und von Tier zu Mensch ist möglich. Daher die weite Verbreitung. — Die Mortalität betrug bei den verschiedenen Epidemien 0 bis 3%. — Behandlung „symptomatisch". — Pathologisch-anatomische Befunde: Die bisher veröffentlichten Befunde bieten in ihrer Gesamtheit ein recht mannigfaltiges Bild. Man hat — nach der Übersicht Stolkinds — bei einigen einwandfreien Fällen festgestellt: typische Veränderungen wie bei Abdominaltyphus; in anderen: akute Magen- und Darmentzündung; sogar in einem Falle mit dem klinischen Bilde der typischen Cholera nostras eine schwere eitrige Gastritis (Bracht, Deutsch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 23); auch wurden in einem Falle multiple nekrotische Herde mit Ulzerationen und Entzündung im Magen, Milzschwellung und hämorrhagische Diathese usw. gefunden; ferner in einigen Fällen Ulzerationen dysenterischen Charakters; weiterhin Fälle mit Schwellung der Peyerschen Plaques, beginnende Ulzeration der Darmschleimhaut und markige Schwellung des Lymphapparats. Es kamen auch Fälle zur Obduktion, wo im Magendarmkanal überhaupt keine Veränderungen gefunden wurden. Eine einheitliche pathologische Anatomie des Paratyphus gibt es offenbar noch nicht; es kommen sogar Befunde wie bei Septikämie vor. Die Diagnose bleibt also immer der bakteriologischen Untersuchung vorbehalten.

Ein sehr instruktives und sachkundiges Übersichtsreferat über „Paratyphus und Fleischvergiftung" hat soeben Prof. G. Sobernheim veröffentlicht; auf einiges müssen wir daher eingehen. Die Bezeichnung „infections paratyphoides" stammt von den französischen Autoren Achard und Bensaude. Genauer studiert wurde Krankheitsbild und -erreger von Schottmüller 1900. Es zeigte sich später, daß der Paratyphus-B-Bazillus (Paratyphus-A-Bazillus ist nur in einer verschwindenden Zahl von Fällen beobachtet) kulturell und biologisch völlig übereinstimmt mit dem von De Nobele beschriebenen „Typus Aertryck" der Enteritisbakterien, der schon früher als Fleischvergifter nachgewiesen war, ferner mit Mäusetyphusbazillus, Psittakosebazillen, Schweinepestbazillen u. a., so daß diese fünf Bakterienarten praktisch (gegenwärtig wenigstens) nicht zu trennen sind. Das Verhalten des Paratyphusbazillus bei der aktiven Immunität und den Serumreaktionen ist streng spezifisch. — Es wird eine typhöse und eine gastroenteritische Form des Paratyphus-B unterschieden. Erstere pflegt, im Gegensatz zum Typhus, häufiger plötzlich und sogar mit Schüttelfrösten einzusetzen; der Fieberverlauf ist unregelmäßiger, die Stühle sind nicht erbsensuppenartig; die Roseolen sind, wenn überhaupt vorhanden, reichlicher oder auffällig größer als bei Typhus; die Milz nur wenig geschwollen und hart. Die sichere Unterscheidung vom Typhus ist aber klinisch nicht möglich, sondern nur bakteriologisch. Auch pathologisch-anatomisch — Todesfälle gehören übrigens zu den Ausnahmen — ist die Unterscheidung nicht möglich, da entweder charakteristische Befunde fehlen oder Schwellung der Peyerschen Haufen und Geschwüre ganz wie bei Typhus vorkommen. Gleichzeitiges Vorkommen von Paratyphus-B- und Typhusbazillen bei demselben Kranken (in Stuhl oder Blut) ist wiederholt beobachtet. Die gastroenteritische Form kann in allen Manifestationen des akuten Brechdurchfalles (auch mit Kollapszuständen, Delirien, Parästhesien, Wadenkrämpfen) auftreten und selbst choleraartigen Charakter annehmen und den Verdacht der Cholera erwecken; sie kommt auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren vor. Anatomischer Befund: akute Gastroenteritis, Schwellung der Solitärfollikel und Peyerschen Haufen, in einzelnen Fällen Darmgeschwüre, doch nicht mit den unterminierten Rändern und der markigen Schwellung wie bei typischen Typhusgeschwüren. Da diese gastroenteritische Form ganz den Eindruck einer Vergiftung macht und fast regelmäßig durch den Genuß verdorbener Nahrungsmittel, insbesondere verdorbenen Fleisches, verursacht wird, hat man sie als „Fleischvergiftung" und die Erreger der Erkrankung als „Fleischvergifter"

*) Hygienische Rundschau, 1912.

bezeichnet. Diese „Nahrungsmittel- bezw. Fleischvergiftung" wird jedoch nicht bloß durch den Paratyphus-B-Bazillus, auch durch Bazillus enteritidis Gärtner verursacht. Dieser letztere unterscheidet sich morphologisch und kulturell in keiner Weise vom Paratyphus-Bazillus, sondern nur durch sein spezifisch serologisches Verhalten (Agglutination, Komplementbindung, Bakteriolyse und andere biologische Reaktionen). Andererseits steht der Gärtnertypus in agglutinatorischer Hinsicht dem Typhusbazillus außerordentlich nahe. Infolge Mitagglutination ist es „in der Regel praktisch ganz unmöglich", „etwa nach der Höhe und Stärke der Agglutination beide Arten voneinander zu differenzieren." „Leicht agglutinable Gärtner-Stämme reagieren beispielsweise auf ein hochwertiges Typhusserum ebenso so stark und selbst noch stärker als schwer agglutinierbare Typhusbazillen und umgekehrt." — Die Infektion kann durch die verschiedensten Nahrungsmittel erfolgen, am häufigsten Fleischwaren und speziell Schabefleisch, namentlich von notgeschlachteten Tieren; man hat im Innern großer Fleischstücke Enteritisbakterien, Paratyphus-B-Bazillen und Gärtnerbazillen, nachgewiesen. Sie stammen also in solchen Fällen aus dem Körper der Tiere selbst und sind nicht nachträglich durch Übertragung in das Fleisch gekommen. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, daß bei Nahrungsmittelvergiftung durch Enteritisbazillen die von letzteren in den gekochten Nahrungsmitteln bereits abgesonderten Giftstoffe als solche im Menschen krankheitserregend wirken, jedoch wahrscheinlicher, daß im Innern von Fleischstücken befindliche, durch Kochen nicht abgetötete Bazillen die Giftstoffe produzieren. — Mit Botulismus und mit „Gesundheitsschädigungen, die durch verdorbene Nahrungsmittel, also durch Zersetzungsprodukte der Fäulnisbakterien hervorgerufen werden können", hat die Nahrungsmittelvergiftung durch Enteritisbazillen nichts zu tun. Wir übergehen Sobernheims Darstellung der zur Isolierung und Differenzierung von Paratyphus-B- und Gärtner-Bazillen geeigneten Methoden (es ist am meisten in Gebrauch die gleichzeitige Anwendung von Malachitgrünagar und Endo- bezw. Conradi-Drigalski-Agar), die kulturelle und agglutinatorische Identifizierung (erstere auf Zuckernährboden, durch das Verhalten gegen Lackmusmolke und Milch, durch Indolbildung), das Anreicherungsverfahren (bei Untersuchung des Blutes, namentlich nach Conradi), die Serodiagnostik mittels des Patientenserums. Nicht selten werden Sera gefunden, die außer Paratyphusbazillen auch Typhusbazillen mitagglutinieren, doch ist die spezifische Agglutination der ersteren dadurch gekennzeichnet, daß sie schon nach $^1/_2$ Stunde bei Zimmertemperatur fast die Titergrenze erreicht (Lentz). In zweifelhaften Fällen spricht gleichzeitige Beeinflussung der Gärtnerbazillen für Typhus-, Nichtbeeinflussung für Paratyphusbazillen (Rimpau). Für die Diagnose der Gärtnerinfektion ist die Serumprobe oft kaum möglich wegen starker Mitagglutination von Typhusbazillen, und oft ohne praktische Bedeutung, weil sie erst zwei bis drei Wochen nach der Infektion einzutreten pflegt, da endlich Serum Typhuskranker Gärtnerbazillen manchmal früher agglutiniert als Typhusbazillen. Es ist daher der direkte Nachweis der Krankheitserreger, d. h. der Gärtnerbazillen, erforderlich. — Es gibt nicht nur beim Paratyphus-B-Bazillus Dauerausscheider (unter 194 erkrankten Personen wurden sieben zu Dauerausscheidern) und Bazillenträger (Beherbergung virulenter Paratyphus-B-Bazillen ohne nachweisliche frühere Paratyphuserkrankung), sondern sogen. „gelegentliche Ausscheider" (Rimpau), die nur sehr vorübergehend und sehr wenig Paratyphus-B-Bazillen ausscheiden und bei denen „keinerlei Reaktionserscheinungen, d. h. weder Krankheitssymptome, noch spezifisch serologische Veränderungen ausgelöst werden", obgleich die Bazillen dabei vorübergehend auch im Blute der völlig gesunden Personen kreisen können. Die Häufigkeit des Vorkommens solcher „Gelegenheitsausscheider" (Conradi spricht von „alimentärer Ausscheidung") ist für die einzelnen Bezirke, in denen Massenuntersuchungen stattgefunden, eine außerordentlich verschiedene. In manchen Bezirken wurden solche überhaupt nicht gefunden; daher ihre Existenz von manchen überhaupt bestritten. Nach Sobernheim handelt es sich bei solchen Gelegenheitsausscheidern zweifelsohne um Aufnahme von Paratyphus-B-Bazillen, die für den Menschen weniger virulent sind, da sie weder bei dem Träger, noch — nach ihrer Ausscheidung — bei der Umgebung Krankheiten hervorrufen. Praktisch-epidemiologisch müsse man gleichwohl auch solchen Fällen gegenüber zunächst wie bei vollvirulenten Paratyphusbazillen vorgehen, da sich über den harmlosen Charakter der Bazillen jener Gelegenheitsausscheider von vornherein im Einzelfalle kaum Bestimmtes sagen lasse.

Bei Gärtner-Bazillen sind Kontaktinfektionen, Dauerausscheider und Bazillenträger außerordentlich selten. Nach Kathes Beobachtung (zit. bei Sobernheim) kann auch Bazillus Gärtner bei nicht spezifisch Erkrankten ohne nachweisbaren Zusammenhang mit Erkrankungsfällen vorkommen. — Die Verbreitung dieses Bazillus ist keine so ausgedehnte, wie die des Paratyphus-B-Bazillus. Paratyphus-B-Bazillus wie Gärtnerbazillus sind für die meisten Arten des Schlachtviehs pathogen und bei den verschiedensten Erkrankungen derselben in Blut, Fleisch und Organen gefunden worden, besonders bei Schweineruhr findet man oft den Bac. suipestifer; bei der Kälberruhr den Gärtnerbazillus, vereinzelt Paratyphus-B-Bazillus; bei Mastitis der Kühe Paratyphus-B- und Gärtnerbazillen. Einige Forscher haben sogar unter gesundem Schlachtvieh Bazillenträger ermittelt; Sobernheim selbst fand bei den im Berliner Untersuchungsamt im großen Maßstab an Fleisch, Organen und Darminhalt von gesunden Schlachttieren ausgeführten Untersuchungen bei 1109 Proben nur in drei Fällen Bazillenträger, nämlich bei Schweinen zweimal Gärtnerbazillen, einmal Paratyphusbazillen. Nach Conradis Technik fand man unter 162 Organteilen gesunder Schlachttiere vier mit Paratyphus behaftete. Alle diese Befunde sind nicht zahlreich genug, um daraus auf ubiquitäres und saprophytisches Vorkommen der

Paratyphusbazillen bei Tieren zu schließen. Die Ergebnisse der Untersuchungen über Vorkommen der Enteritisbakterien in Fleischwaren von unverdächtiger, guter Beschaffenheit und aus einwandfreier Quelle schwanken zwischen 16% und 2% positive Befunde. Manche Forscher konnten das Vorkommen überhaupt nicht bestätigen. Im Berliner Untersuchungsamt wurden unter 174 Proben von Räucherwaren nur in vier Fällen Paratyphusbazillen, einmal Gärtnerbazillen nachgewiesen; jene vier Fälle betrafen Spickgänse aus Rußland. — Wieweit „auch unter unverdächtigen Bedingungen und ohne erkennbaren Zusammenhang mit Infektionen von Mensch oder Tier Enteritisbakterien in der Natur weiter verbreitet vorkommen", darüber geben die bisherigen Untersuchungen keine übereinstimmenden Auskünfte, vielleicht weil Verbreitung und Virulenz der Enteritisbakterien regionären und klimatischen Schwankungen unterliegen. In Berlin wurden sie bei Obst, Salat, Gurken etc. nicht gefunden, auch nicht in Proben von Natureis und im Spreewasser. Man trifft im nördlicheren Deutschland die Enteritisbazillen in der Regel nur im Zusammenhang mit Krankheitsfällen, im südwestlichen dagegen auch in saprophytischer Existenz; dort überwiegen die gastroenteritischen Formen (schwere Nahrungsmittelvergiftungen oder akute choleraähnliche Anfälle), im Südwesten des Reiches die mehr chronischen und leichteren Formen des eigentlichen Paratyphus. (Fortsetzung.)

Technisches für Laboratoriumsbedarf.

Die Firma **F. Sartorius, Vereinigte Werkstätten für wissenschaftliche Instrumente von F. Sartorius, A. Becker und Ludwig Tesdorpf in Göttingen**, veröffentlicht soeben wieder eine für wissenschaftliche Laboratorien hochinteressante Beschreibung ihrer neuesten Apparate, nämlich: chemische Wagen und Gewichte, Wärmekästen zum Brüten von Bazillen etc., Mikrotome und Nebenapparate, astronomische und geodätische Instrumente. Bei den Mikrotomen wird in einleitenden instruktiven Ausführungen dargetan, worauf es für die Erzielung gleichmäßiger Schnitte bei der Konstruktion ankommt und wie dies Ziel erreicht wird: durch eine absolut sichere Lagerung des Präparates, wobei das Prinzip der sehr bewährten Parallelogrammführung für jedes Modell besonders durchgeführt ist, und durch feste Lagerung des Messerbügels in zwei Punkten, wodurch ein Ausweichen des Messers infolge von Durchbiegungen ausgeschlossen ist. Bei manchen Modellen geschieht diese Auflagerung in zwei Führungszylindern (statt nur in einem) oder mittelst Spiegelglasplatten Um hinsichtlich der Orientierung des Präparats gegenüber der Schnittebene auch den Forderungen bei allerfeinsten Arbeiten gerecht zu werden, wurde die Universalklammer konstruiert. Das regelmäßige Fortschreiten der Hebung des Präparats geschieht mittelst eines besonderen Anschlagsystems oder durch eine automatische Vorrichtung in einem vorher genau eingestellten Intervall. Es werden nun die verschiedensten Modelle genau beschrieben: vom einfachen „kleinen Studenten-Mikrotom" bis zum „großen Gehirn-Mikrotom", welches Serienschnitte von 15 μ durch das ganze Gehirn liefert. Bei diesem Gehirnmikrotom sind zwei gleichgekuppelte Mikrometerschrauben verwendet und der Präparatentisch doppelt unterstützt, so daß ein Ausweichen des Messers absolut ausgeschlossen ist und selbst bei Präparaten mit ungleich harten Stellen absolut gleichmäßige Schnitte erzielt werden. Es sind als Spezialkonstruktionen auch CO_2-Gefrier-Mikrotome für ganze Gehirnschnitte nebst zugehörigen CO_2-Gefrier-Apparaten hergestellt worden. — Eine bewundernswerte Leistung der Technik ist das Doppelzylinder-Mikrotom mit automatischer Einstellung für Serienschnitte von 0,5 μ. Der Wert der Schnittdicke wird auf einer Skala angezeigt. Sehr sinnreich und zweckmäßig erscheint ferner das Bandschnitt-Mikrotom; das Band wird auf einem im gleichen Tempo des Schneidens fortbewegten Papierstreifen aufgefangen. Mit dem Schlitten-Mikrotom für Paraffinpräparate mit doppelter Zylinderführung und Schwungrad, nach Angaben von Dr. O. Vogt und Dr. Brodmann in Berlin konstruiert, werden Schnitte bis zu den Größen 70 × 80 mm in lückenloser Serie von 6 μ in tadelloser Gleichmäßigkeit hergestellt. Sehr instruktiv und leicht faßlich ist die Darstellung des Gefrierapparates für feste Kohlensäure nach Prof. Dr. R. Krause (Berlin). — Auch das Makrotom, zum Schneiden großer Präparate in bis 1 cm dicken Scheiben verdient Beachtung.

In einer allgemeinen Beschreibung der Wärmekästen für bakteriologische Zwecke und Paraffineinbettungen, ihre Beheizung und Regulierung (nach Dr. Koch und Dr. Reichenbach in Göttingen) wird uns an instruktiven Abbildungen der Bau dieser Apparate vorgeführt; und zwar werden Wärmekästen für beliebige Heizquelle für Temperaturregulierung bis 70° C geschildert. Der Mechanismus der Regulierung ist bis in die kleinsten Teilchen mittelst Abbildungen der letzteren veranschaulicht. Durch auswechselbare Büchsen ist eine Temperaturregulierung im Umfang von je 10° C, von 20—30°, von 30—40° usw. ermöglicht. Bei Temperatur bis 60° reicht Petroleumheizung aus. Beachtung verdient besonders auch die automatische Abgabe des Wassers zur feuchten Ventilation des Wärmekastens, ferner die Zulässigkeit der Benutzung des bekannten Quecksilber-Regulators bei Gebrauch des Leuchtgases, welcher direkt in das als Wärmeträger dienende Wasser eingelassen und mit einer Gasleitung zur Regulierung der Flamme verbunden wird.

Pharmakologisches.

Hexal, ein sedatives Blasen-Antiseptikum. Name gesetzl. geschützt. D. R.-P. Nr. 240612. Zusammensetzung: Sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin. Formel: $(CH_2)_6N_4 . SO_3H . C_6H_3 (OH) COOH$. Darstellung: Äquivalente Mengen Hexamethylentetramin und Sulfosalizylsäure werden nach einem patentierten Verfahren verbunden

Eigenschaften und Identitätsreaktionen: Weiße, in Wasser leicht, in Alkohol kaum, in Äther schwer lösliche Kristalle von angenehm säuerlichem Geschmack. Beim Erwärmen der wässerigen Lösung auf etwa 45° tritt Geruch nach Formaldehyd auf. Eisenchloridlösung bewirkt in der wässerigen Lösung noch in sehr starker Verdünnung eine violette Färbung. Eiweißlösung wird durch die wässerige Lösung des Hexals gefällt. Mit überschüssigem Bromwasser entsteht in der verdünnten, wässerigen Lösung ein orangegelber Niederschlag. Beim Erhitzen auf dem Platinblech färbt sich Hexal zunächst gelb und verkohlt bei stärkerem Erhitzen unter Aufblähen und Ausstoßen alkalischer, unangenehm riechender Dämpfe. Wird eine Schmelze aus 2 g Soda-Salpetergemisch und 0.3 g Hexal mit Salzsäure aufgenommen und die Lösung mit Bariumchlorid versetzt, so entsteht ein weißer, in Säuren unlöslicher Niederschlag.

Indikationen: Hexal soll bei akuten und chronischen Blasenentzündungen, gleichviel welchen Ursprunges, bei der gonorrhoischen Entzündung des hinteren Teiles der Harnröhre — um die Infektion der Blase zu verhüten —, bei den bakteriellen Erkrankungen der Harnwege, also bei Pyelitis und Pyelonephritis, bei harnsaurer Diathese, harnsauren Ablagerungen in den Nieren und der Blase, angewendet werden.

Pharmakologisches: Der günstige Einfluß des innerlich dargereichten Hexamethylentetramins auf die bakteriellen und sonstigen Erkrankungen der Harnwege ist bekannt. Es wurde nun gefunden, daß das Hexal nicht nur (wie die bisher bekannten Salze des Hexamethylentetramins) antiseptisch, sondern außerdem noch stark adstringierend auf die entzündeten Schleimhäute der Gallenwege und der Harnblase wirkt, ohne die Blasenwände, auch nach längerem Gebrauche, anzugreifen; außerdem hat es einen besseren Geschmack und eine stark anästhesierende Wirkung. Bei der klinischen Prüfung wurde konstatiert, daß nach täglichem Eingeben von 2—3 g Hexal

die Urinmenge z. B. in einem Falle von 300 ccm auf 1900 ccm und der Säuregehalt des Urins, nach vorheriger alkalischer Reaktion, auf 225 ccm stieg (berechnet auf Verbrauch an ccm n/10- Alkali- und Gesamt-Urinmenge pro Tag), ferner, daß der Eiweißgehalt des Urins verschwand und der Urin durchsichtiger wurde, während der Gehalt an Schleim und Eiter zurückging. Die Wirkung tritt beim Gebrauch von Hexal sehr schnell ein; Kranke, die an heftigen Blasenschmerzen litten, empfanden bereits nach einer Stunde ein Nachlassen der Schmerzen. Damit übereinstimmend konnten schon eine Stunde nach Verabfolgung die Komponenten des Hexals im Urin nachgewiesen werden. Im Organismus zersetzt sich Hexal in Sulfosalizylsäure und Hexamethylentetramin; letzteres spaltet weiter Formaldehyd ab. Eine Kumulierung des Mittels findet nicht statt. Aus den bakteriologischen Versuchen geht hervor, daß die antibakterielle Wirkung des Hexals außerordentlich kräftig und intensiver ist, als die des Hexamethylentetramins. Unangenehme Nebenwirkungen werden — auch bei längerem Gebrauche — nicht beobachtet. Bei der Darreichung ist folgende Diät innezuhalten: Schleim- und Milchsuppen, kein Alkohol.

Dosierung: 3—6 mal täglich, tunlichst nach den Mahlzeiten, 1 g oder 2 Tabletten zu je 0,5 g in einem Glas Wasser aufgelöst.

Handelsformen: Glasröhrchen mit 20 Tabletten sowie Gläser mit 50 Tabletten zu je 0,5 g und Gläser mit 10, 25, 50, 100 und 250 g Hexal.

Das Hexal wird hergestellt von J. D. Riedel, Aktiengesellschaft, Berlin, Chemische Fabrik.

Lektüre für die Winterabende. Der Herbstwind weht und die Tage werden kürzer. Man sammelt sich abends beim Lampenschein im Haus. Da pflegt sich dann das Bedürfnis nach einer guten Lektüre einzustellen, die Jung und Alt gleichmässig befriedigt und über die langen Stunden der Dämmerung freundlich hinweghilft. Die Meggendorfer-Blätter werden allen Anforderungen, die man an eine gute Lektüre stellt, gerecht. Sie sind im Inhalt überraschend mannigfaltig; fein pointierte Scherze, heitere Erzählungen und lyrische Gedichte bieten sie in bunter Fülle, und außerdem glossieren sie die Ereignisse des Tages in Kunst, Theater, Literatur und Mode in liebenswürdiger Art. Alles, was verletzen könnte, bleibt ausgeschlossen. Der Bildschmuck der einzelnen Nummern präsentiert sich in künstlerischer Vollendung und bietet dem Beschauer reiche Anregung

Die Meggendorfer-Blätter bringen vierteljährlich 13 reich illustrierte Nummern und kosten ohne Porto M. 3,—. Bestellungen nehmen alle Buchhandlungen und alle Postanstalten entgegen. Der Verlag in München, Perusastraße 5 versendet Probenummern gerne kostenfrei.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 28. 12. Oktober 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Geheimrat Cramer-Göttingen †.

Am 5. September entschlief sanft nach längerem schweren Leiden an den Folgen einer anfangs scheinbar erfolgreich operierten, dann aber als bösartig sich entwickelnden Blasengeschwulst der Geheime Medizinalrat und ordentliche Professor der Universität Göttingen, Dr. August Cramer.



Er war Direktor der Göttinger Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, der Kgl. Universitäts-Nervenklinik und des Prov.-Sanatoriums für Nervenkranke „Rasemühle“ bei Göttingen.

Ihm unterstanden ferner das Prov.-Verwahrungshaus für geisteskranke Verbrecher und die Prov.-Fürsorge-Erziehungsanstalt für geisteskranke Fürsorgezöglinge.

Der Verstorbene gehörte dem Deutschen Verein für Psychiatrie an, der in ihm ein Mitglied verliert, das durch glänzende Rednergaben ausgezeichnet war, den Interessen des Vereins stets ein außerordentlich reges Verständnis entgegenbrachte und speziell in der Frage der Anstellungsbedingungen der Ärzte an den Provinzialanstalten ein warmes Herz für die Wünsche des Einzelnen offenbarte.

Er gehörte außerdem dem Deutschen Medizinal-Beamtenverein an und war auch in diesem ein äußerst arbeitsfreudiges Vorstandsmitglied.

Cramer wurde am 10. November 1860 zu St. Pirminsberg in der Schweiz geboren. Er bestand im Frühjahr 1886 das medizinische Staatsexamen in Marburg und promovierte dort mit einer Arbeit „Beiträge zur Kenntnis des Glykogens“ zum Doktor der Medizin.

Nachdem er dann längere Jahre an den psychiatrischen Kliniken in Marburg und Freiburg i. Br. und als Assistent an der Landesirrenanstalt in Eberswalde tätig gewesen war, an letzterer auch in der Stellung eines Oberarztes, wurde er am 1. März 1895 zum Oberarzt und stellvertretenden Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen ernannt. Im Mai desselben Jahres habilitierte er sich in der Medizinischen Fakultät zu Göttingen für das Lehrfach der Psychiatrie. Im Jahre 1897 erhielt er den Professortitel und am 22. April 1900 wurde er als Nachfolger des Geheimrats Meyer zum ordentlichen, öffentlichen Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde und gleichzeitig zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt ernannt.

Ein Jahr nach seiner Ernennung wurde auf seine Anregung eine Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in der Stadt eröffnet, während bisher die Klinik lediglich mit der Heilanstalt verbunden war. Es wurde so dem großen Publikum ermöglicht, sich bequem und ohne Zusammenhang mit der Irrenanstalt Rat und Hilfe unentgeltlich zu holen.

Aus den ursprünglich recht primitiven Anfängen dieser Poliklinik entstand dann bald auf Grund seines nie rastenden Betrebens die jetzige Psychiatrische und Nervenklinik, die einen ständig und schnell wachsenden Zuspruch aufzuweisen hatte.

Auf seine Veranlassung und auf Grund seines zündenden Vortrags im Hannoverschen Provinzial-Landtage, in dem er besonders auf die Wichtigkeit der Behandlung nervöser Erkrankungen, namentlich der Grenzfälle, als vorzüglicher Prophylaxe geistiger Erkrankung hinwies, wurde von der Provinz Hannover das Nervensanatorium „Rasemühle" bei Göttingen geschaffen. Aus kleinen und beengenden Anfängen hervorgegangen, entwickelte es sich zu einem Musterinstitut seiner Art, das zur Zeit 100 Kranken Aufnahme gewähren kann.

Unter seiner Leitung, auf seine Anregung und unter seiner Aufsicht entstanden ferner das Prov.-Verwahrungshaus für geisteskranke Verbrecher und die Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge, beide der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt angegliedert.

In der Heil- und Pflegeanstalt selbst zeugen zahlreiche moderne Veränderungen, die den alten, klösterlichen Charakter der Anstalt vielfach durchbrechen, von der Wirksamkeit Cramers. Erwähnt seien hier nur die Aufnahmestationen, die Lazarette, die Umwandlung der sog. geschlossenen Abteilungen, die Erbauung des Festhauses, der Waschküche und des Werkstättenhauses, die Anlage eines freundlichen Wärterdörfchens usf.

All die ihm unterstellten Anstalten verstand er frei von engherzigem bürokratischen Geist zu leiten, dabei der Mitarbeit treuer Schüler gewiß, die stolz zu ihm als ihrem verehrten Lehrer aufblickten und seiner als eines Chefs frei von aller Schablone und Kleinlichkeit stets dankbar gedenken werden.

1904 erhielt Cramer einen Ruf an die Universität Bonn als Nachfolger Pelmans, den er aber ablehnte, um der Georgia Augusta treu zu bleiben.

1907 wurde ihm der Titel „Geheimer Medizinalrat" verliehen.

Im Frühjahr dieses Jahres erhielt er dann einen Ruf nach Berlin als Nachfolger von Ziehen. Auch diesen ehrenvollen Ruf lehnte er ab, um seiner alten Hochschule treu zu bleiben. Die Studentenschaft gab ihrer Freude über die Erhaltung des allbeliebten Lehrers durch einen ihm dargebrachten Fackelzug Ausdruck.

Der Hannoversche Provinziallandtag ernannte ihn zum Landesmedizinalreferenten und damit zum Medizinischen Beirat des Landesdirektoriums.

Da, auf der Höhe seiner Laufbahn, nach Erlangung aller ihm nur möglichen Erfolge ereilte den vorzüglichen, beliebten und noch zu den größten Hoffnungen berechtigenden Mann in der Blüte der Mannesjahre, auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit und seines Ruhmes das überaus tragische Geschick, das ihn, den allezeit hilfsbereiten Arzt einer unheilbaren, heimtückischen Erkrankung zum Opfer fallen ließ.

Mit ihm ging eine überwältigende, geniale Persönlichkeit dahin, deren Einfluß sich niemand

entziehen konnte, der je im Leben mit ihm zu tun gehabt hatte.

In ihm verlor die Medizinische Fakultät der Universität Göttingen eins ihrer besten Mitglieder, eine Zierde der Georgia Augusta, einen der ersten Vertreter seines Faches, dessen Name weit über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt geworden ist und in Ehren steht.

Über 60 Arbeiten anatomischer, psychiatrischer, neurologischer und gerichtlich-psychiatrischer Natur verfaßte er. Immer wieder neu aufgelegt erschienen seine weitverbreiteten Lehrbücher. Auf anatomischem Gebiete veröffentlichte er hauptsächlich: „Beiträge zur feineren Anatomie der Medulla oblongata und der Brücke", „Die pathologische Anatomie der Psychosen" im Handbuch der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems. Auf psychiatrischem Gebiet erschienen seine Arbeiten: „Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken" (1889), „Die Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia", sein Referat im psychiatrischen Verein in Berlin, und unter den bekanntesten anderen: „Über Jugendirresein", „Zur Theorie der Affekte", „Arteriosklerotische Seelenstörung" etc. Auf neurologischem Gebiet erwähnen wir nur: „Die Ursachen der Nervosität" (1909) und „Über außerhalb der Schule liegende Ursachen der Nervosität der Kinder" (1899). Auf gerichtlich psychiatrischem Gebiet erschienen zahlreiche Mitteilungen, die z. T. auch besonders seine psychiatrischen Wünsche zur Strafrechtreform zum Ausdruck bringen: „Pubertät und Schule", „Die Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkt", „Entwicklungsjahre und Gesetzgebung" u. a. m.

Weite Verbreitung namentlich auch in den Kreisen der Studenten und praktischen Ärzte haben seine vortrefflichen Lehrbücher, die sich durch hervorragende Einfachheit der Darstellung, Knappheit des Stils und Übersichtlichkeit der Anordnung des behandelten Stoffes auszeichnen und als erstklassige Nachschlagebücher gelten können. Besonders zu nennen sind hier seine verschiedentlich aufgelegte „Gerichtliche Psychiatrie", sein Lehrbuch „Über Nervosität" und seine Mitarbeit an dem Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. Vor kurzem erschien noch als letztes Werk von ihm: „Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter", das er gemeinsam mit Bruns und Ziehen herausgegeben hat.

Als ständiger Mitarbeiter war Cramer geschätzt bei dem Archiv für Psychiatrie, bei der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, bei der Zeitschrift für Jugendlichen Schwachsinn, bei den Virchow-Hirschschen Jahresbüchern, bei den Jahresberichten von Flatau und Bendix und bei den Klinischen Jahrbüchern.

In weiteren Kreisen bekannt geworden sind seine populär-wissenschaftlichen Vorträge, bei denen er es vermöge seiner glänzenden Rednergabe wie kaum einer verstand, die Aufmerksamkeit seiner Zuhörer zu fesseln und ihnen oft auch schwierigere Probleme durch die knappe und klare Art seiner Darstellung verständlich zu machen.

So war er einer der hervorragendsten Lehrer der Göttinger Hochschule, beliebt und hochgeschätzt vor allem auch von den Studenten, die es ihm hoch anrechneten, daß er es vorzüglich verstand, nicht nur auf ihre Intentionen einzugehen, sondern vor allem auch mit ihnen jung zu bleiben.

Dem Verstorbenen ist das hohe Ansehen zu danken, welches er der Stellung des Psychiaters in Göttingen verlieh, indem er eine so große Anzahl verschiedenartiger Institute erstehen ließ, die sämtlich der Lehrtätigkeit zugute kommen und ein wissenschaftlich und klinisch auszunutzendes Material darstellen, wie es kaum ein anderer gleichartiger Lehrstuhl aufzuweisen haben dürfte.

Von der genialen schöpferischen Kraft, dem Tatendrang und den hohen organisatorischen Fähigkeiten Cramers wäre für die weitere Hebung des Göttinger psychiatrischen Lehrstuhls und die weitere Ausgestaltung der ihm unterstellten Anstalten noch vieles zu erhoffen gewesen. Vor allem auch für seine „Lieblingsschöpfung", das Nervensanatorium „Rasemühle" hegte er noch eine Reihe Zukunftspläne. Dieser für die Allgemeinheit so segensreichen und bisher einzig dastehenden provinziellen Gründung bewahrte er bis in die letzten Leidenstage ein außerordentlich inten-

sives Interesse, dessen die Kranken des Sanatoriums noch lange gedenken werden.

Viel zu früh entriß ihn das unerbittliche Geschick den Angestellten der ihm unterstellten Institute, die in ihm den allezeit hilfsbereiten, für die Interessen des Einzelnen verständnisinnigen, liebenswürdigen Chef verloren haben.

Schmerzbewegt stehen an seinem Grabe vor allem auch seine Schüler, denen er als wissenschaftlicher Lehrer, Verwaltungsbeamter und Mensch viel auf den Lebensweg mitzugeben wußte.

Wer unter den ihm Näherstehenden in seinem stets gastfreundlichen Hause unvergeßliche, frohe Stunden verleben durfte, wer Zeuge sein konnte von der schönen Gatten- und Vaterliebe, die ihn sein Heim über alles stellen ließ, und wer endlich tiefergriffen Zeuge sein mußte von dem erschütternden Drama, das die letzten Lebenstage des schier unverwüstlich scheinenden Mannes ausfüllte, wird den Verlust ermessen können, der seine nächste Familie betroffen hat.

Wir aber, die wir unter ihm arbeiten durften, die wir ein jeder an seiner Stelle Bausteine herbeitragen durften zu dem Werke, das er als seine vollendete Lebensarbeit uns zurückgelassen hat, wollen in seinem Sinne und ihm zur Ehre, das, was er uns gelehrt hat und was wir von ihm erworben haben, verwerten im Dienste der Leidenden, die uns anvertraut sind.

Das schönste Denkmal möge ihm, dem hervorragenden Lehrer der Göttinger Hochschule, erstehen in dem Wirken seiner Schüler, ihm, dem Chef so mannigfacher Institute, in dem Fortbestehen dieser in seinem Sinne.

Weit über das Grab hinaus in die Ewigkeit hinein werden ihm folgen die Liebe, die Verehrung und der Dank aller derer, die ihm im Leben unterstellt gewesen sind, und des großen Heeres jener armen Leidenden, denen er im Leben Trost und Hoffnung gewesen ist.

Quaet-Faslem-Rasemühle.

Die unorganischen Erkrankungen des Nervensystems (sogen. Neurosen) und die moderne serologische Forschung.

Seroneurologische Anregung.

Von Dr. med. *Ratner*, Arzt zu Wiesbaden.

Dem Siegeszuge der Zellularpathologie und mit ihr der mikroskopischen Anatomie im vorigen Jahrhundert hat auch die Neurologie ebenso wie die gesamte Medizin ihr mächtiges Emporblühen zu verdanken, insofern, als sie dann erst genauen Aufschluß über Sitz und Gewebsveränderung bei den meisten organischen Nervenerkrankungen zu geben vermochte — und dadurch zur rationellen Therapie den Weg wies.

Allein das überwältigende Genie Virchows hatte in seiner despotischen Alleinherrschaft keine andere Nosologie daneben geduldet — und die bis dahin geltende Humoralpathologie in das Reich der Fabel verwiesen. Vielleicht auch nicht zum Schaden der damaligen medizinischen Wissenschaft! Denn das, was die alten Humoralpathologen zu sagen wußten, war doch nichts anderes als eine mit Naturphilosophie vermengte Scholastik oder höchstens vage Vermutung.

Erst der Bakteriologie und mit ihr der Serologie war es beschieden, die alte Humoralpathologie wieder zu Ehren zu bringen, indem sie zeigten, welch gewaltige vitale Prozesse gerade im Blute und ganz speziell in seinem Humor — dem Serum — sich abspielen, und welch eminente Rolle gerade dem Blute bei den Erkrankungs- und Genesungsvorgängen im Organismus zukomme!

Hat auch die Neurologie aus dieser neuen Humorallehre Nutzen gezogen? Gewiß ist ihr die Serodiagnostik in Gestalt der Wassermannreaktion zugute gekommen, — und von großer Tragweite bei der Erkennung der sogen. metaluetischen Erkrankungen des Nervensystems geworden. Allein auch für die Erforschung der anorganischen Nervenerkrankungen sollte die Serologie mehr herangezogen werden. Was sind Neurosen? „Erkrankungen des Nervensystems ohne nachweisbare anatomische Veränderungen?" Das genügt nicht mehr! Den

Schlüssel zum tieferen Eindringen in das Wesen der Neurosen gibt uns die Lehre von der Anaphylaxie, welche uns beweist, daß der tierische oder menschliche Körper gegen heterologe, d. h. artfremde Eiweißstoffe Empfindlichkeit zeige und mit einer Reaktion antworte. Da aber die meisten Nährstoffe aus solchem Eiweiß bestehen, so ist der Vorgang der Verdauung und mithin der Assimilation dahin zu verstehen, daß er das heterologe Eiweiß seines spezifischen Charakters entkleide, d. h. homolog mache!

Dort, wo die Fähigkeit, das eingeführte heterologe Eiweiß zu entspezialisieren, irgendwie gestört ist, entstehen die krankhaften Erscheinungen der Neurosen, als deren eklatanter Repräsentant die Neurasthenie mit ihrem Heer von krankhaften Erscheinungen zu betrachten ist. Ebenso wie der Säugling auf die artfremden Eiweißkörper der Kuhmilch mit Magendarmstörungen antwortet, ebenso reagiert der Neurastheniker auf das heterologe Eiweiß der Speisen! Daher die so häufige nervöse Diarrhöe als Ausdruck dafür, daß die Darmwand das artfremde Eiweiß nicht zur Assimilation zu bringen vermag.*) Also ganz entgegengesetzt der Ansicht Bickels, daß hier nur psychische Momente mitspielen. Ebenso lassen sich die so häufigen Magenneurosen und die Dyspepsien leicht erklären sowie die Cephalalgie und Ermüdung, weil alle diese als Reaktion auf die toxische Wirkung des heterologen Eiweiß zu betrachten sind.*) Wie aber die verschiedenartigen Formen der Neurosen — und vielleicht auch der Psychosen? — dadurch entstehen, und wie sich danach die Therapie zu gestalten habe, das mag einer weiteren Forschung durch verfeinerte Methoden zu entdecken vorbehalten bleiben. Jedenfalls ist hier der Weg zum Lüften des Naturgeheimnisses gezeigt. Bedauerlich ist es nur, daß manche Serologen sich neuerdings von der Serotherapie ab- und der Chemotherapie zuwenden. Dadurch wird die Serumforschung nur aufgehalten, die allein wohl imstande wäre, Licht in das Dunkel so mancher pathologischen Vorgänge — und vielleicht auch der rätselhaften Neurosen — zu bringen. Aber auch die Neurologen sollten sich der Serumforschung mehr zuwenden, welche die Stagnation in der Nervenlehre zu beseitigen und sie neu zu beleben und zu befruchten wohl berufen zu sein scheint.

*) Daher auch die Erscheinung, daß Nervöse vegetabilische Kost besser als animalische vertragen. Ferner darf man, wie die Erfahrung ebenfalls lehrt, Milchkuren bei Neurasthenikern nicht forcieren.

*) Die Neurosen sind daher als Ausfluß der auf infantiler Stufe stehen gebliebenen Verdauungstätigkeit der Darmwand in letzter Linie zu betrachten.

Psychiatrie und Bakteriologie.

Von Oberarzt Dr. *Bresler.*

Biologie und Klinik der Typhus-Koli-Gruppe, worüber ich im Laufe der letzten Monate an der Hand der neuesten Literatur ein Übersichtsreferat in dieser Wochenschrift veröffentlicht habe, besitzen für die Psychiatrie keineswegs nur diejenige Bedeutung, welche aus der Erkennung, Behandlung und Abwehr infektiöser Darmkrankheiten in den Irrenanstalten erwächst.

Was wir an diesem Beispiel einer Bakteriengruppe gesehen haben von Mannigfaltigkeit der gemeinsamen Eigenschaften, von Variation und Mutation der Arten und Stämme, von Wechsel und Wandel der Pathogenität, von Möglichkeiten des Heilens, — es läßt vermuten, daß die Bakteriologie auch das Dunkel, das einen großen Teil der Geisteskrankheiten noch bedeckt, aufhellen wird, und daß die Zahl derjenigen Geistesstörungen, die wir heute noch als „endogen" oder „genuin" bezeichnen, immer mehr zusammenschrumpft.

Die Schizophrenie (Dementia präcox) wird jetzt schon fast allenthalben zu den Krankheiten mit toxischer Ursache gerechnet, ohne daß man mehr als Hypothetisches davon zu sagen wüßte. Dagegen leiten deutliche Fäden zur Bakteriologie, wenn wir uns erinnern, daß A. Marie und H. Darré (La maladie du sommeil. Offizieller Bericht des IV. internat. Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke, Berlin, 1910, C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., S. 695) bei der Trypanosomeninfektion zwei Formen psychischer Erkrankung unterscheiden: die somnolente Form und die eigentliche Schlafkrankheit oder die eigentliche Trypanosomen-Geistesstörung, bei dieser letzteren wiederum: eine Form mit Verwirrtheit und eine Form mit Demenz, außerdem eine mit Delirien, und daß sie bei der dementen Form besonders auf Fälle mit katatonem Symptomenkomplex hinweisen und geradezu von einer katatonen Form (ebenda S. 790) sprechen.

Wir lesen da (S. 758), daß G. Martin und Ringenbach, Ärzte in der französischen Kolonialarmee, welche die Schlafkrankheit an 500 Fällen im französischen Kongo studiert haben, bei gewissen Formen der Schlafkrankheit geradezu von einer Dementia praecox reden. Und wenn Marie und Darré dieser Ansicht auch nicht beipflichten, so bemerken sie doch (S. 841), daß der katatone Symptomenkomplex zwar in der Mehrzahl der Fälle, in denen er vorkommt, eine vorübergehende Erscheinung ist, in manchen Fällen aber „par sa netteté et sa persistance" große diagnostische Schwierigkeiten bereiten kann, „um so mehr, als durch ihre körperlichen Symptome, ihren paroxystischen Verlauf die Dementia praecox ebenfalls an die Trypanosomenkrankheit erinnert."

Bei der großen Zahl von Trypanosomenarten, ihrer verschiedenen Pathogenität, darf man hoffen, daß sich für manche Fälle von Dementia praecox Infektion mit irgendeiner Trypanosomenspezies als Ursache nachweisen lassen wird.

Andere Trypanosomen, welche Schlafkrankheit oder ähnliche Krankheiten beim Menschen verursachen, sind Trypanosoma rhodesiense und Schizotryphanum Cruzi, letzteres der Erreger der brasilianischen menschlichen Trypanosomiasis, die hauptsächlich Kinder befällt. Zum Studium der Trypanosomen und Spirochäten sei empfohlen das Handbuch der pathogenen Protozoen. Herausgegeben von S. von Prowazek. Leipzig, J. A. Barth, 1911, 1912.

Ähnliche Perspektiven ergeben sich bei den Spirochäteninfektionen. Es wird heutzutage niemand bezweifeln wollen, daß die Spirochäta pallida die wesentliche Ursache der progressiven Paralyse ist, wenn sie auch bisher in keinem Falle gefunden wurde. Es ist bekannt, daß die in kariösen Zähnen vorkommende Spirochäta dentium, ein Saprophyt, mit der Spirochäta pallida große Ähnlichkeit hat, und daß noch andere Spirochätenarten (Sp. balanitidis, Sp. refringens, Sp. buccalis) beim Menschen vorkommen. Wir wissen, daß die Spirochäta pertenuis, die Erregerin der tropischen Frambösie, sich von der Spirochäta pallida morphologisch nicht sicher unterscheiden läßt.

Halten wir uns diese Tatsachen der Protozoenkunde gegenwärtig, erinnern wir uns andererseits dessen, daß wir bei zahlreichen Geisteskranken eine hochgradige Zahnkaries oder hochgradigen Defekt des Gebisses infolge Karies finden, daß dies namentlich bei besonders schweren Formen geistiger Erkrankung häufig vorkommt (namentlich bei schweren agitierten melancholischen oder auch Verwirrtheitszuständen mit heftiger Nahrungsverweigerung und mit rapidem Ausgang in Tod oder in Verblödung), so werden wir zu der Vermutung geführt, daß in solchen Fällen die für gewöhnlich als harmlose Schmarotzer im menschlichen Körper vegetierenden Spirochäten ihren Charakter geändert und pathogene Eigenschaften angenommen haben, mit denen sie den Syphilisspirochäten an Gefährlichkeit nur wenig nachstehen. Wir könnten dann in solchen Fällen von einer Parasyphilis oder Paralues sprechen, in demselben Sinne, wie die Bezeichnung Paratyphus und Paradysenterie gebraucht wird.

Über die Spirochäten der Mundrachenhöhle vergl. Gerber, Weitere Mitteilungen über die Spirochäten der Mundrachenhöhle und ihr Verhalten zu Ehrlich-Hata 606 (Salvarsan). Deutsch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 51, S. 2383. Nach Gerber besitzen wir kein unbedingt gültiges Unterscheidungsmerkmal, um Sp. pallida und Sp. dentium gegeneinander abzugrenzen. Nach demselben Autor (Über) Spirochäten in den oberen Luft- und Verdauungswegen, Zentralblatt f. Bakteriologie etc. 1911, I. Abt. Originalien-Bd. 56, Heft 5/6, S. 508) ist für den Reichtum der Mundrachenhöhle an Spirochäten eine besondere pathologische Veranlassung nicht Bedingung. Sie befinden sich vorzugsweise am Zahnhals, in den Tonsillarlakunen und auf dem Zungenrücken. Gerber hat im vorigen Jahre betont, daß das Kapitel der Pathologie der Mundspirochäten einer durchgreifenden Revision bedarf. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, S. 1420); er beobachtete, daß Salvarsan auch auf diese Spirochäten eine Wirkung ausübt. Er konnte damit 2 Fälle von Skorbut der Mundhöhle heilen, bei denen sich Spirochäten wie in Reinkultur in den Geschwüren fanden. Auch bei der Angina Vinzenti spielen die Spirochäten der Mundhöhle, deren Gerber sechs Arten unterscheidet, eine Rolle als Krankheitserreger.

Angesichts des exakten, zu den größten Hoffnungen berechtigenden Vorgehens der experimentellen Chemotherapie — man bedenke, daß Salvarsan auf Rekurrensspirochäten, Spirochäta pallida und Spirochäta pallidula sive pertenuis spezifisch wirkt — wäre es von größter Wichtigkeit, in obiger Richtung systematische und umfassende Untersuchungen anzustellen.

Referate.

— **Straßmann**, Geh. Med.-Rat Dr. F., Medizin und Strafrecht. Ein Handbuch für Juristen, Laienrichter und Ärzte. Dr. P. Langenscheidt, Berlin-Lichterfelde, 1911.

Im Verein mit H. Hoffmann, H. Marx und P. Fraenkel beleuchtet Verf. in anziehender klarer Weise die vielfachen Beziehungen zwischen Medizin und Strafrecht. Das anregende Werk stellt den 9. Band der Enzyklopädie der modernen Kriminalistik dar und ist mit 153 äußerst gelungenen Abbildungen ausgestattet.

Zunächst werden die Methoden der gerichtlichen Medizin auseinandergesetzt, sodann folgt eine auf einer ausgedehnten praktischen Erfahrung gegründete Besprechung der gewaltsamen Todesarten. Das dritte Kapitel ist der forensischen Psychiatrie gewidmet, das vierte dem Kindsmord, der Abtreibung und den Sittlichkeitsdelikten. Ein Anhang behandelt die kriminellen Vergiftungen. Ein besonderer Vorzug ist, daß die Verfasser ihre Darlegungen mit zahlreichen anschaulichen Gutachten und, zum Teil sehr interessanten, eigenen Beobachtungen illustriert haben.

Selbstverständlich war es nicht die Absicht der Autoren, den Gegenstand zu erschöpfen. Ausdrücklich handelt es sich um kein Lehrbuch, in dem alles Wichtige zu finden sein müßte. Das vorliegende Werk gibt nur einen Überblick darüber, was die medizinische Wissenschaft der Strafrechtspflege zu leisten vermag. Diese Aufgabe wird in vollkommener Weise erfüllt. Vielleicht hätte den enorm häufigen jugendlichen Verblödungsprozessen sowie den Alkoholpsychosen eine genauere Bearbeitung zuteil werden können. G. Ilberg.

Therapeutisches.

— **Hexal, ein neues Blasenantiseptikum.** Hexal ist sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin. Es wurde von der Firma J. D. Riedel, A.-G. in Berlin-Britz hergestellt und von K. Seegers in Uchtspringe bei chronischem Blasenkatarrh, zum Teil mit chronischer Nierenentzündung bezw. Nierenbeckenentzündung, auch bei Fällen von Vergrößerung und chronischem Reizzustand der Blase infolge Blasenlähmung mit Erfolg angewendet (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 38), desgleichen von E. R. W. Frank in der urologischen Klinik in Berlin bei Blasenkatarrh und bei Prostatahypertrophie (Münch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 38). Seegers gab 2 bis 3 g pro Tag; auch bei längerer Verabreichung — etwa zwei bis drei Wochen — stellten sich keine unangenehmen Nebenerscheinungen ein (Seegers). Frank gab 3 bis 6 g. Hexal ist in Wasser leicht löslich; die Lösung schmeckt angenehm säuerlich. Es wird schnell aufgenommen und ausgeschieden; Kranke mit heftigen Blasenschmerzen berichteten schon eine Stunde nach dem Eingeben über Nachlassen der Schmerzen. Kumulierung findet nicht statt; nach Einstellen der Hexalgaben ist das Mittel nach 48 Stunden gänzlich aus dem Urin entfernt. Die Harnmenge wird etwas vermehrt. Alkalität, Eiweißausscheidung und Bakteriengehalt des Urins wurden günstig beeinflußt bezw. beseitigt (Seegers). Hexal wird im Organismus in Sulfosalizylsäure, die unverändert in den Harn gelangt, und in Hexamethylentetramin zersetzt; das letztere spaltet Formaldehyd ab.

In einem Fall Seegers ist es „durch die Darreichungen des Hexals gelungen, den Kolibazillen ihren pyogenen Charakter zu nehmen und ihr Vorhandensein in den Harnwegen zu einem rein parasitären zu machen.“

— In einer in der biochemischen Zeitschrift, Band 43, Heft 5 und 6 unlängst erschienenen Arbeit zeigt Prof. H. Boruttau, daß die Prüfung der Giftigkeit von Verbindungen geeigneter Stoffe mit Eiweißkörpern einen Schluß zu ziehen gestattet, inwieweit physikalisches Festhalten durch Oberflächenvorgänge (Adsorption) und inwieweit chemische Bindung vorliegt. So gestatteten Diffusionsversuche kombiniert mit der Prüfung der Giftigkeit die Schlußfolgerung, daß bei einer Verreibung von arseniger Säure mit Eiweiß (Glidine) zähes mechanisches Festhalten die Giftigkeit, — damit natürlich auch die therapeutische Wirksamkeit —, der arsenigen Säure stark herabsetzt, während im Arsan eine lockere Verbindung des Arsens mit Eiweißbestandteilen enthalten ist, die an sich wirksam aber weniger giftig ist, als freie arsenige Säure. Diese Verbindung wird durch Wasser resp. die Verdauungssäfte aus dem Arsan leicht abgespalten.

(Autoreferat.)

Anhang.

Ruhr, Typhus, Paratyphus u. Bakt. Koli-Infektion nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Die Umwandlung wichtiger biologischer Eigenschaften bei Bakterien (der Enteritisgruppe) hat H. Stromberg*) in sehr umfangreichen Experimenten untersucht; er ist zu folgenden Resultaten gelangt: „Gärtner- und Paratyphus-B-Gruppe konnten in den meisten untersuchten Enteritisstämmen durch die Agglutinationsreaktion scharf getrennt werden. Bei einigen Enteritisstämmen war eine Identifizierung agglutinatorisch schwer oder gar nicht möglich; ihr kulturelles Verhalten erschien nicht verändert. Verf. hält diese atypischen Kulturen für in der Degeneration begriffene Stämme, die aus ursprünglich typischen Enteritisbakterien hervorgegangen sind. Veränderungen im Verhalten der typischen, wie auch weitere Umwandlungen bei den atypischen Stämmen konnten während der ganzen Beobachtungsdauer nicht ermittelt werden. Ein durchgreifender

*) Zur Frage über die Umwandlung wichtiger biologischer Eigenschaften bei Bakterien (der Enteritisgruppe). Zentralblatt f. Bakteriolog. etc. I. Abt., Bd. 58, H. 5, S. 401. Ref. in Berl. klin. Wochenschr., 1912, S. 355.

Zusammenhang zwischen den verschiedenen Koloniearten auf Agarplatten und agglutinatorischem Verhalten war nicht festzustellen. Treten mehrere Kolonieformen in einer Kultur auf, so scheint dies nach des Verf. Auffassung auf beginnende Umwandlung hinzudeuten."

Bofinger*) hat sich die Aufgabe gestellt, eine Reihe von Monaten hindurch möglichst viele akute Darmkatarrhe und Brechdurchfälle namentlich daraufhin bakteriologisch zu untersuchen, wie oft sich bei ihnen die bekannten Fleischvergiftungsbakterien, Bacillus paratyphi und Gärtner nachweisen lassen. Die im Bereich des XIII. (K. W.) Armeekorps vorgenommenen Untersuchungen erstreckten sich auf über neun Monate; sie betrafen drei Massenerkrankungen in verschiedenen Truppenteilen. Als wahrscheinliche Ursache wird Paratyphus-B-Infektion durch infizierte Wurst angenommen; der bakteriologische Nachweis ließ sich bezüglich der Wurst nicht führen, dagegen gelang bei allen drei Massenerkrankungen der Nachweis von Paratyphus-B-Bazillen in den Ausleerungen der Kranken. In einem Falle, wo nur vier Personen an Durchfällen erkrankten, der ganze übrige Truppenteil um dieselbe Zeit frei blieb, wurde festgestellt, daß die Erkrankten von derselben von auswärts stammenden Wurstsendung gegessen hatten; bei zweien gelang der Nachweis von Paratyphus-B-Bazillen im Stuhl, bei den anderen agglutinierte das Serum noch 1:80 bezw. 1:40. — Die klinischen Erscheinungen waren in der Hauptsache folgende: Beginn fast ausnahmlos mit zum Teil recht heftigen Kopfschmerzen, Leibschmerzen und Durchfällen; häufig bestand Schwindelgefühl, mehrmals Erbrechen; Temperaturerhöhung in allen Fällen, meist bis 39 bis 40°. Abfall fast schematisch am vierten Krankheitstage. Keine Milzschwellung. Die Entleerungen — ganz dünnflüssig, zum Teil wässerig, meist gelbbraun, oft mit Schleim gemengt, intensiv fäkulent riechend — erfolgten vier- bis sechsmal am Tage; in einem Falle waren sie blutig-schleimig und mit heftigem Stuhldrang verbunden. Abfall der Temperatur und Nachlassen der Durchfälle gingen parallel. Zuweilen trockener Husten und Rachenrötung. Bei allen Fällen erfolgte Genesung und Wiedereintritt der Dienstfähigkeit. In mehreren Fällen enthielt der Urin geringe Mengen von Eiweiß, in einem Falle bis zum 18. Tage. — Die Gefahr der Übertragung durch Kontakt ist bei solchen Massenerkrankungen durch Fleischvergiftung gering, wenn für einwandfreie Beseitigung der Abgänge und deren Desinfektion Sorge getragen wird. Im Gegensatz zu dieser gastroenteritischen Form der Fleischvergiftungen wurden in anderen Garnisonen teils gehäufte, teils vereinzelte, länger dauernde Darmkatarrhe beobachtet, welche als typhöse Form der Fleischvergiftungen zu bezeichnen sind. Eine sichere klinische Unterscheidung vom Typhus ist oft kaum möglich. Das Fieber verläuft nach kurzem Anstieg in ziemlich hoher Kontinua und fällt bald lytisch, bald kritisch ab; am 14. bis 16. Tage war es in den meisten Fällen geschwunden. Auffallende Remissionen kommen vor. Der Puls ist im Vergleich zur Fieberhöhe langsam und kräftig. In manchen Fällen traten die Durchfälle ganz in den Hintergrund. Erbsenbreiartiger Stuhl in zwei Fällen, Blut in zweien, Milzvergrößerung in einem, Roseolen in sechs; einmal Bronchitis, einmal periproktitischer Abszeß. In der größeren Zahl der Fälle wurden Paratyphus-B-Bazillen in den Fäzes nachgewiesen, einmal außerdem im Blut. — Ein Soldat wurde als dienstunbrauchbar entlassen, weil er sich als Bazillenträger erwies; er war am 5. Dezember erkrankt und hatte noch bis zum 18. April stets zahlreiche Paratyphusbazillen mit dem Stuhl ausgeschieden. Nach Bofinger befindet sich in den Sanitätsberichten der deutschen Armee bisher nur ein Fall, wo ein Mann entlassen wurde, der vor einem halben Jahr erkrankt war und in seinem Stuhlgang noch Paratyphusbazillen ausschied. Bofinger meint auch, daß man in den meisten solchen Fällen wohl die Frage der Dienstbeschädigung bejahen müssen werde; die Erwerbsbeschränkung sei jedoch von vornherein zu verneinen; wo der Mann tatsächlich durch sein Bazillenträgertum Schwierigkeiten im Erwerbsleben erleidet, so müßte allerdings, auf Grund wiederholter bakteriologischer Untersuchungen, der Frage der Rentengewährung näher getreten werden. — Während die Fälle der gastroenteritischen Form nicht unter allen Umständen im Lazarett verpflegt zu werden brauchten, ist dies bei der typhösen Form dringend der Fall; dort seien die Kranken zu isolieren und die Ausleerungen vor der Entlassung mindestens zweimal zu untersuchen. Einmal verlief die Erkrankung zunächst unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus und später einer Sepsis, ein anderes Mal unter Gelenkschmerzen und Leberschwellung; in beiden führte der Befund von Paratyphusbazillen zur richtigen Diagnose. — Unter den 160 Stuhlproben gelang in 74 Fällen der Nachweis von Paratyphus-B-Bazillen, einmal wurde der Gärtnerbazillus nachgewiesen. Die Kulturen zeigten das charakteristische Wachstum der Paratyphusbazillen, besonders auf Malachitgrünagar; sie wurden durch ein Paratyphus-B-Serum (1:5000) bis zur Grenze agglutiniert. Das Patientenserum zeigte bei der gastroenteritischen Form die Agglutinationswerte vom vierten bis elften Krankheitstage am höchsten; vom zwölften Tage an nahmen sie ab; bei der typhösen Form vom 10. bis 23. ganz bedeutende Agglutinationswerte, 1:1900. Die höchsten Agglutinationswerte traten im allgemeinen auf der Höhe der Fieberperiode ein; sie waren schon in der zweiten Woche der Erkrankung relativ hoch. Dies Verhalten bedeutet einen wesentlichen Unterschied gegen Typhus. Bei der gastroenteritischen Form scheinen die Bazillen vom zwölften Krankheitstage an meistens aus den Fäzes zu verschwinden; daher sind die Kranken nicht vor dem zwölften Tage und nicht bevor eine mindestens einmalige Untersuchung der Fäzes negativ ausgefallen ist, aus der Behandlung zu entlassen. Die Bazillen sind manchmal schon am ersten Tage nachweisbar. Bei der typhösen Form ließen sich die Bazillen vom 2. bis 30. Tage in den Stühlen nach-

*) Darmkatarrhe und Paratyphusinfektionen" im XIII. (K. W.) Armeekorps. Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, S. 152.

weisen, am besten in den ersten beiden Wochen. Auch bei dieser Form soll Entlassung natürlich erst nach mindestens zweimaliger negativer Untersuchung der Fäzes erfolgen. — In einigen Fällen gelang es Bakterien nachzuweisen, die sich kulturell und serologisch den Paratyphusbazillen näherten, sich aber mit ihnen nicht identifizieren ließen; da sie aber gegenüber dem Krankensera positiven Ausfall der Agglutination zeigten, mußten sie mit der Erkrankung in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. — Hinsichtlich der Verhütung solcher Fleischvergiftungen führt Bofinger an, daß die Fleischbeschau durch bakteriologisch geschulte Tierärzte ausgeübt werden müsse, welche imstande sein müssen, auch beginnende Erkrankungen der Schlachttiere nachzuweisen. Uhlenhuth empfiehlt die Messung der Körperwärme bei dem zu schlachtenden Tiere. Beim Nachweis von Paratyphusbazillen sollte das Fleisch vernichtet werden. Von dem Fleisch kranker Tiere kann aber auch ursprünglich gesundes Fleisch, wenn es mit jenem in Berührung kommt, nachträglich infiziert werden. Nach Mayers Versuchen waren die Bazillen der Paratyphus-B-Gruppe und der Gärtnergruppe, auf die Oberfläche von Schlachtfleisch gebracht, schon nach 24 bis 48 Stunden bei Zimmertemperatur 11 bis 14 cm tief in das Fleisch hineingewandert. Auch durch Ratten, Mäuse, Fliegen etc. ist Übertragung möglich; daher ist einwandfreie Aufbewahrung des Fleisches nötig. Nach menschlichen Bazillenträgern ist ebenfalls zu fahnden. Da nach Uhlenhuth und Hübener auch unsere gesunden Schlachtiere Bazillen in ihrem Darmkanal beherbergen, die sich weder kulturell noch serologisch von den bekannten Paratyphusbazillen trennen lassen, und da es vorkommt, daß frische Därme zu Wursthüllen verwendet werden, so kann ursprünglich einwandfreier Wursteig nachträglich infiziert werden; denn gerade an Wurstgenuß schlossen sich häufig Massenerkrankungen an. Ob die aus dem Auslande bezogenen gesalzenen Därme einwandfrei seien, will Bofinger nicht entscheiden. Die Verwendung künstlicher Därme wäre jedenfalls appetitlicher. (Fortsetzung folgt.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Im St. Jürgenasyl für Geistes- und Nervenkranke (600 Betten, 500 Aufnahmen), **Staatsanstalt in Bremen-Eller** wird **zum 10. Dezember**

Assistenzarzt

gesucht. Gehalt 1800 — 2000 M. bei freier Station. Praktikanten können eine Vergütung von 900—1200 M. erhalten. Bewerbungen sind zu richten an die Direktion. **Dr. Delbrück.**

Stellengesuche.

Erledigte Assistenzarztstelle.

An der K. Heilanstalt **Winnental** (b. Stuttgart), ist womöglich **auf** 1. November d. J. eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Anfängliches Jahresgehalt 2400 M., wovon für Verköstigung in 1. Verpflegungsklasse ein Betrag von 500 M. einbehalten wird. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen belegt sieht entgegen die Direktion

Dr. Kreuser.

An der Provinzialheilanstalt zu **Lauenburg i. Pom.** ist zum 1. Oktober 1912 eine **Assistenzarztstelle** eventuell auch eine **Oberarztstelle** zu besetzen.

Anstellungsbedingungen:

a) für **Assistenzärzte** 1800 bis 3000 M. bei völlig freier Station, bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung als Oberarzt,

b) für **Oberärzte** 3600 bis 7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Arznei, Garten. Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen von Aerzten, die nicht vor 1. Juli 1909 approbiert sind, an **die Anstaltsdirektion.**

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgende Seite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 826.

Nr. 29 19. Oktober **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Arterienfunktion und Arteriosklerose.

Von San.-Rat Dr. *Lots*, Friedrichroda (Thür.).

Die Zirkulation des Blutes im normalen menschlichen Körper ist ein außerordentlich komplizierter Vorgang. Eine unendliche Menge von Einzelheiten sind erforscht und doch ist der Vorgang im ganzen noch nicht völlig geklärt. Die Schwierigkeit liegt darin, daß es sich bei den Arterien um elastische Rohre handelt, für die es feststehende physikalische Gesetze nicht gibt. Die Bewegung von Flüssigkeiten, die Fortpflanzung des Druckes in solchen Rohren, läßt sich schematisch gar nicht festlegen und läßt sich mathematisch nicht berechnen. Die Permanenz und Vollkommenheit der Elastizität, ihre Grenze und ihre Kraft ist eben nicht so genau festzustellen, um als sicherer Faktor in der Rechnung dienen zu können. Bei den starrwandigen Rohren liegt alles so schön klar. Man weiß, daß der Druck, der eine Flüssigkeit in diesen Rohren zum Fließen bringt, mag er nun in der eigenen Schwere der Flüssigkeit beruhen, oder mag er ein von außen kommender sein, sich nach allen Richtungen gleichmäßig fortpflanzt und ebenso gleichmäßig abnimmt, infolge der äußeren und inneren Reibung. Man weiß, daß die erstere abhängig ist von der Länge des Rohres, von der Oberfläche der Innenwand, von den Biegungen und Knickungen, daß die letztere hingegen zu beziehen ist auf die Reibung der Flüssigkeitsmoleküle untereinander, die sich in der Mitte der Flüssigkeitssäule schwächer, am Rande stärker bemerkbar macht. Man weiß, daß diese innere Reibung abhängt von der Viskosität der Flüssigkeit und von der Länge und Weite des Rohres. Das sind alles ganz einfache physikalische Grundsätze. Danach läßt sich die Abnahme des Druckes, die Geschwindigkeit der Vorwärtsbewegung der Flüssigkeit genau berechnen.

Anders verhält sich die Sache, wenn es sich um elastische Rohre handelt. Hier hört die Klarheit auf. Es dürfte aber ohne weiteres anzunehmen sein, daß bei diesen noch eine dritte Art der Reibung hinzukommt, nämlich die der Moleküle der Wandung gegeneinander. Wenn eine elastische Membran oder überhaupt ein elastischer Körper in seiner Form verändert wird, so hat er das Bestreben, wieder in seine ursprüngliche Form zurückzukehren. Die lebendige Kraft, die gebraucht wird, um je nachdem durch Druck oder Zug die Form des Körpers zu verändern, setzt sich um in eine latente Kraft, die vermöge seiner speziellen Eigenschaft in dem elastischen Körper aufgespeichert ist in dem Momente, wo er seine größtmögliche Formveränderung zeigt. Hört die einwirkende Kraft auf, so wird aus dieser latenten Kraft wieder eine lebendige und der Körper kehrt zur ursprünglichen Form zurück. Selbstverständlich muß bei der negativen sowohl als auch bei der positiven Schwankung der Formveränderung eine Verschiebung der Moleküle erfolgen, die wir nicht anders als mit Reibung bezeichnen können. Dadurch geht nach außen wirksame Kraft verloren, wird auch ein Teil in Wärme umgesetzt. Auf alle Fälle wird die zweite lebendige Kraft stets geringer sein als die erste, oder auch mit anderen Worten: die Kraft, die den Körper seine Form verändern läßt, muß immer größer sein als die, die er entwickelt, wenn er wieder in seine ursprüngliche Form zurückkehrt. Das ist wichtig für meine späteren Ausführungen, und ich bitte deshalb, diesen Satz im Auge zu behalten.

Bei der elastischen Wandung eines Rohres, wo der Druck von Querschnitt zu Querschnitt aufge-

nommen und weitergegeben wird, muß sich also der Druck schneller vermindern, als in starrwandigen, auch wenn die Elastizität eine vollkommene ist.

Bei gesunden Arterien haben die ersten beiden Arten der Reibung geringe Bedeutung. Die Viskosität resp. die innere Reibung des Blutes ist gering. Sie beträgt nach Hirsch und Beck (Eine Methode zur Bestimmung des inneren Reibungswiderstandes des lebenden Blutes beim Menschen, Münch. med. Wochenschrift, 47, 1900) nur 5,1 (Wasser 1,0, Öl 100,0, Glyzerin 300,0!). Die Reibung des Blutes an der Innenwand der Arterien muß ebenfalls gering sein. Die Wandung ist glatt, ohne vorspringende Teile und ohne scharfe Biegungen. Die Möglichkeit einer stärkeren Reibung findet sich nur an den Gabelungen. Je kleiner die Arterien werden, destomehr muß natürlich der Reibungskoeffizient wachsen, um dann in den Kapillaren zu einer respektablen Größe anzuschwellen, die denn auch den größten Teil des Druckes in den Arterien aufzehrt. In den kleinsten Arterien also spielt diese Art der Reibung eine Rolle, in den mittelgroßen und kleineren hat sie wenig Bedeutung.

Wichtiger erscheint mir die dritte Art der Reibung, die der Moleküle der Wandung. Nehmen wir an, daß die Arterienwandung eine permanente, vollkommene Elastizität in physikalischem Sinne besäße, mit ziemlich weiter Grenze und mäßiger Kraft der Elastizität, so kann die „dritte" Reibung nicht unwesentlich sein. Das Schlagvolumen des Herzens beträgt ca. 60 ccm. Mit jeder Systole wird also der dem Herzen am nächsten gelegene Teil des Arteriensystems um dieses Volumen gedehnt, und zwar die größeren (nicht vorwiegend muskulösen) weniger, die kleineren mehr. Es läßt sich nicht genau berechnen, wie weit dieser jedesmalige primäre Dehnungsvorgang sich nach der Peripherie zu hinzieht. Ganz bis zu den Kapillaren kann er nicht reichen, denn sonst würde die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle, die ca. 8 m in der Sekunde beträgt, unmeßbar groß sein. Für meine folgenden Ausführungen ist eine genaue Bestimmung über diesen Punkt irrelevant, deshalb lasse ich es auf sich beruhen. Immerhin aber ist der Zufluß von 60 ccm in das vorher schon vollgefüllte Arteriensystem doch relativ bedeutend, so daß große Flächen der Arterienwandung eine Ausdehnung erfahren müssen. Je größer aber die Fläche, desto größer der Verlust durch die Reibung.

Diese Art der Reibung hat für das Herz eine große Bedeutung. Der Zweck der Einschaltung der elastischen Arterien zwischen Herz und Kapillaren liegt darin, daß dadurch — wie wohl von allen Seiten zugegeben wird — die periodische Arbeit des Herzens in ein gleichmäßiges Strömen umgesetzt wird. Eine Kraftersparnis aber bedeutet das nicht, im Gegenteil, einen Verlust, und wenn, wie Nicolai*) anführt, von verschiedenen Seiten versucht worden ist, zahlenmäßig anzugeben, wieviel Herzarbeit durch diese Einrichtung gespart worden ist, so ist das ein unmögliches Beginnen. Es wird nichts gespart, es wird Herzkraft vergeudet. Jede Umsetzung von Kraft in Arbeitsleistung und von dieser wieder in Kraft muß mit einem Verlust verbunden sein, sonst wäre ja das Perpetuum mobile möglich. Die Reibung der Moleküle der elastischen Wandung zehrt immer einen Teil der Kraft auf. Der Nutzungswert der Herzarbeit ist also geringer als diese selbst, oder mit anderen Worten, das Herz muß mehr Arbeit aufwenden, als eigentlich nötig wäre. Eine ideale Einrichtung ist also die Einschaltung einfach elastischer Arterien nicht, wenn sie auch ihren eigentlichen Zweck, ein gleichmäßiges Strömen zu erzeugen, gut erfüllt.

Es muß aber nun auffallen, daß in einem Röhrensystem, das nur an einer Stelle einen Druck auf seinen Inhalt erfährt, dieser Druck nicht gleichmäßig abnimmt im geraden Verhältnis zu der Entfernung von der Stelle der Einwirkung des Druckes. Es muß auffallen, daß — ceteris paribus — gleichweit entfernte Stellen nicht immer denselben Druck zeigen, daß im Gegenteil sogar weiter entfernte zuweilen einen höheren Druck besitzen. Das Arteriensystem erhält vom linken Ventrikel den Druck, der das darin befindliche Blut zum Fließen bringt. Die elastischen Wände geben ihn, nach der jetzt herrschenden Anschauung, nur rein mechanisch weiter. Mit der Länge des Arterienrohres, d. h. mit Entfernung von den Semilunarklappen, müßten sich die verschiedenen Reibungsarten mehr und mehr geltend machen, so daß man wohl annehmen könnte, daß (bei horizontaler Lage) in einer Arterie des Fußes ein geringerer Druck herrschen müßte, als in einer gleich großen des Kopfes. Die ersteren sind vom Herzen vielleicht dreimal so weit entfernt als die letzteren. Dazu kommt noch, daß die Blutbahn sich mit der Entfernung vom Herzen (durch die Gabelungen) dauernd erweitert, wodurch natürlich in den längeren Arterien, die zahlreiche Gabelungen zeigen, der Druck schon allein sich vermindern müßte. Nach Poiseuille aber soll praktisch der Blutdruck von der Entfernung vom Herzen unabhängig sein. Andere Autoren haben das bestätigt. Einzelne sahen sogar in der

*) Nagel, Handbuch der Physiologie, I, II, III, S. 687.

Kruralis einen höheren Druck als in der Karotis und versuchen diese „paradoxe" Erscheinung zu erklären. Die neuesten Untersuchungen von Hürthle haben hier insofern eine Wandlung gebracht, als er im Gegensatz zu seinen früheren Funden einen um eine Wenigkeit niedrigeren Druck (0,1 cm Quecksilber) in der Kruralis feststellen konnte. Das ändert aber nichts an der Sache, der Druck müßte in Wirklichkeit viel niedriger sein, wenn er im Verhältnis zur Länge beider Arterien stände. Auch in den Kapillaren findet sich, ob sie nun dem Herzen näher oder ferner liegen, immer der gleiche Druck.

Die einzige Erklärung hierfür wäre die, daß die Reibungswiderstände in den Arterien wirklich so minimal sind, daß sie gar nicht in Rechnung gesetzt zu werden brauchen, und bei den relativ kurzen Strecken, um die es sich bei den Arterien im menschlichen Körper handelt, nicht in Frage kommen. Dem steht aber nun wieder gegenüber, daß doch tatsächlich ein, wenn auch geringer Druckunterschied zwischen den kleinsten der Messung zugänglichen Arterien und dem Anfangsteil der Aorta besteht, der von verschiedenen Autoren verschieden angegeben wird, aber immerhin einige Zentimeter Quecksilber betragen soll. Dabei aber verteilt sich dieselbe Druckabnahme bei den einen Arterien vielleicht auf 20 bis 30 cm, bei anderen aber auf vielleicht 120 bis 150 cm Länge. *Das ist* doch recht auffällig, zumal wenn man bedenkt, daß überall die gleichen Verhältnisse herrschen.

Es geht also, um diesen Punkt kurz zusammenzufassen, bei der Übertragung der Tätigkeit des Herzens auf die Arterienwandung (zur Erzielung einer gleichmäßigen Strömung) relativ viel Kraft verloren. Ferner ist bei größerer oder geringerer Entfernung vom Herzen in den verschiedenen Arterien der Druck annähernd gleich, während man doch das Gegenteil erwarten müßte, nämlich am Ende einer längeren Arterie einen niedrigeren Druck als bei einer (gleich weiten) kürzeren.

Ferner muß noch auffallen: Wenn die elastische Arterienwand imstande sein soll, einen einigermaßen kräftigen Druck auszuüben, so muß sie auch den sie dehnenden Kräften einen gewissen (noch größeren) Widerstand entgegensetzen. Das würde aber bei der geringen Reibung des Blutes in sich und an der Wandung genügen, um es nach der Peripherie ausweichen zu lassen. Die 60 ccm, die der linke Ventrikel mit jeder Kontraktion in das Röhrensystem der Arterien wirft, würde also nicht die nächstgelegenen Arterienabschnitte „ampullenartig" ausdehnen (und diese ampullenartige Ausdehnung nach der Peripherie wandern lassen), sondern sie würden das ganze Arteriensystem in toto bis kurz vor die Kapillaren gleichmäßig erweitern. Es liegt kein Grund vor, etwas anderes anzunehmen. Nach den Gesetzen der Physik pflanzt sich ein Druck, der von irgendeiner Stelle auf eine Flüssigkeit ausgeübt wird, in unmeßbar kurzer Zeit durch die ganze Masse, bis an die Grenze der Flüssigkeit (und zurück) fort, so daß jede gleich große Fläche im Innern wie an der Grenze einen gleich großen Druck erleidet, welches die Richtung der Fläche auch sein möge (Reiß, Lehrbuch der Physik, 1882, S. 160). Nach O. E. Meyer (1873) beträgt die Geschwindigkeit der Fortpflanzung des Druckes in Röhren etwa 1000 m in der Sekunde. Bei der relativen Kürze der menschlichen Arterien dürfte also der (vermehrte) Druck jeder Systole sich im ersten Augenblick bis zu den kleinsten Arterien fortsetzen und sie alle zu gleicher Zeit ausdehnen, bis ein momentaner Gleichgewichtszustand zwischen Arterienwand und Systolendruck erreicht ist. Demgegenüber beträgt aber die Geschwindigkeit der Pulswelle — wie man allgemein annimmt — ca. 8 m in der Sekunde. Hierin liegt ein Widerspruch.

Betrachten wir die Sache von der anderen Seite, so stoßen wir auf ähnliches Unerklärliches. Wenn die Pulswelle mit der meßbaren Geschwindigkeit von 8 m in der Sekunde fortschreitet, so hat im ersten Moment (die Druckschwankung resp.) der Druck der Systole an der Blutsäule einen größeren Widerstand gefunden, als an der Blutgefäßwandung und hat diese zur lokalen Erweiterung gebracht. Bei der Wiederzusammenziehung der Wand, haben wir gesehen, wird eine geringere Kraft entwickelt und die könnte erst recht nicht den Widerstand der Blutsäule überwinden, auch wenn sich der Druck in der Peripherie mit dem Abfluß des vorhandenen Blutes durch die Kapillaren etwas vermindert hat.

Die Pulswelle schreitet mit der meßbaren Geschwindigkeit von ca. 8 m nach der Peripherie zu fort. Jede Ventrikel-Kontraktion dehnt also nicht die ganze Arterie auf einmal aus, sondern nur einen Teil derselben. Vom Zentrum nach der Peripherie schreitet also eine (übertrieben ausgedrückt) aneurysmenartige Ausbuchtung des Arterienrohres wellenförmig fort. Es ist nie gelungen, diese Wellenbewegung (d. i. das Fortschreiten einer aneurysmenartigen Ausbuchtung beim elastischen Rohr) im Experiment nachzuahmen. Das elastische Rohr dehnt sich stets bei jeder Druckvermehrung in seiner ganzen Länge gleichzeitig aus, weil sich eben der Druck in Flüssigkeit mit unmeßbarer Geschwindigkeit fortpflanzt. Ob dabei das elastische Rohr am Ende geschlossen

ist, oder ob, wie bei den Arterien resp. den Kapillaren, nur „verengt", das macht keinen Unterschied. Die Moleküle der Flüssigkeit stoßen sich gegenseitig weiter, und soweit die Flüssigkeitssäule in ihrem Zusammenhange reicht, soweit macht sich auch die Fortpflanzung des Druckes geltend.

Alle diese Schwierigkeiten würden aus dem Wege geräumt, wenn man annähme, daß auf dem Wege zwischen Herz und Kapillaren eine neue Kraft hinzukäme, eine Kraft, die den sinkenden Blutdruck immer wieder von neuem höbe. Und diese könnte nur aus der glatten Muskulatur der Arterien stammen. Die Arterienwandung wäre eben, vermöge ihrer tunica media, kein „passiv" elastischer Körper, sondern ein „aktiv" elastischer, wenn ich mich so ausdrücken darf. Sie würde nicht bloß gedehnt und zöge sich infolge ihrer Elastizität wieder zusammen, sondern sie kontrahierte sich durch die aktive Tätigkeit ihrer glatten Muskulatur. Sie gäbe also nicht bloß „passiv" den Druck des Herzens, der in ihr aufgespeichert ist, zurück, sondern sie fügte aus eigenem Vermögen noch einen neuen hinzu.

Es ist bekannt, daß die Arterien auf Steigerungen des Innendruckes mit Kontraktion reagieren. Nicolai sagt darüber (Nagel, Handbuch der Physiologie): Nachdem schon Ostroumoff (Pflügers Archiv, 12, 244, 1876) durch Temperaturmessungen an der Pfote zu dem Schlusse gelangt war, daß die Blutgefäßwandung für sich, nach Durchtrennung der an sie herantretenden Nerven, das Vermögen besitzt, auf eine plötzliche Blutsteigerung mit Verstärkung ihrer Spannung zu reagieren, zeigte jüngst Baylíß (Journal of Physiologie, 28, 220, 1902) durch Volumenmessungen, „daß Erhöhung des Blutdruckes eine Verengerung, Erniedrigung des Blutdruckes eine Erweiterung des Volumens der entnervten Hinterpfote des Hundes herbeiführt." Das bezieht sich natürlich nicht auf eine einmalige Kontraktion, sondern auf eine Reihe von Pulsschlägen. Aber der letztgenannte Autor (ebenda) „konnte auch an der ausgeschnittenen Karotis des Hundes die Kontraktion bei Drucksteigerung direkt sehen". Damit ist der Beweis erbracht, daß nicht bloß eine allgemeine und andauernde Steigerung des Druckes vermehrte Spannung und Kontraktion hervorruft, sondern auch eine vorübergehende einmalige und nur einen Teil betreffende. Bei jeder Kontraktion des linken Ventrikels erfolgt selbstverständlich für die dem Herzen nahe gelegenen Arterien eine Vermehrung des Druckes, folglich muß jedesmal, also bei jedem Pulsschlag eine Kontraktion der tunica media, soweit es sich eben um muskulöse Arterien handelt, eintreten. Das Blut, das nicht nach dem Herzen zu ausweichen kann, drängt nach der Peripherie und vermehrt nun in den nächstfolgenden Arterienabschnitten den Druck, resp. dehnt sie, und diese antworten darauf wieder mit Kontraktion. Das wiederholt sich nun, bis die fortschreitende Druckvermehrung (Pulswelle) bei den Kapillaren angelangt ist. Es ist gewissermaßen eine schnell verlaufende peristaltische Welle, als die sich die Tätigkeit der „aktiven" Elastizität der Arterienwandung charakterisiert. Auch andere glatte Muskeln im Körper kontrahieren sich ja bei Ausdehnung. Darauf beruht im wesentlichen die Tätigkeit des Herzens, des Magens, Darmes, der Ureteren etc.

Unter diesen Umständen, d. h. wenn die tunica media der Arterien aktive Arbeit leistet, ist das Herz allerdings bedeutend entlastet. Die glatte Muskulatur der Arterien würde dann ein zweites akzessorisches Herz darstellen und einen wichtigen Teil der Herzarbeit übernehmen. Das Herz selbst besorgt in diesem Falle nur die Beförderung des Blutes bis in die Aorta und die Dehnung der nächstgelegenen dehnbaren Arterien. Jede Arterie erhält nur die (ihrem Querschnitt) entsprechende Menge Blut zugeteilt. Die weitere Arbeit, die Weiterbeförderung des Blutes übernimmt die Arterie selbst, vermöge der „aktiven" Elastizität ihrer Wandung. Die Dehnung der Arterien erfordert überdies relativ wenig Kraft, weil im Moment der Dehnung die vorhergehende Kontraktion schon abgelaufen und die Arterienwandung erschlafft ist. Wenn das Dehnungsmaximum erreicht ist, beginnt wieder die aktive Tätigkeit der Wandung. Jetzt sind die Aortenklappen schon geschlossen und der Druck der Arterienwandung kann sich nicht nach dem Herzen, resp. bis in das Innere des Ventrikels, sondern nur nach der Peripherie hin geltend machen. Unter diesen Umständen befindet sich das Herz natürlich in einer außerordentlich günstigen Lage. Solange die Arterien gesund sind, kann es nie überanstrengt werden. Das ganze Arrangement ist geradezu raffiniert und nähert sich dem vollkommenen Ideal: möglichst geringer Kraftaufwand, fast völlige Ausnützung der Kraft und möglichst kleiner Verlust durch Reibung.

Bei der Schnelligkeit der Blutbewegung, ca. 8 m in der Sekunde, sind übrigens in dem Moment, wo sich die kleinen und kleinsten Arterien zusammenziehen, die großen und mittelgroßen (natürlich nur so weit sie muskulöse Wandungen haben) noch kontrahiert, so daß das Blut erst recht nach der Peripherie ausweichen muß.

So käme dem Herzen bei der Blutbewegung in der glatten Muskulatur der tunica media eine Kraft zu Hilfe, die im einzelnen gering, in ihrer Gesamtheit aber gewaltig ist. Durch ihre Einschaltung würde das physikalische Gesetz, das für „passiv“ elastische Rohre gilt, ungültig. Es ginge bei der Übertragung des Druckes vom Herzen auf die Blutgefäßwandungen nicht Kraft verloren, sondern würde welche gewonnen. Die unwesentliche, aber immerhin vorhandene Abnahme des Blutdruckes nach der Peripherie zu erklärt sich nunmehr ganz zwanglos (abgesehen von den verschiedenen Arten der Reibungen) durch die geringere Kraft der tunica media der kleinen und kleinsten Arterien.

Aus der Pulskurve, speziell der Aorta (s. nachstehende Zeichnung), könnte man Schlußfolgerungen



Pulskurve von der Aorta des Menschen.
(Nach Tigerstedt.)

für die selbständige Tätigkeit der Arterienwandungen *ziehen.* Fast senkrecht steigt die Linie a—b an, sie entspricht ohne Zweifel der Tätigkeit des linken Ventrikels. Das Blut wird mit großer Kraft, wie sie der linke Ventrikel entwickeln kann, durch das weite Ostium aortae hindurchgetrieben; daher der schnelle Anstieg. Dann sinkt die Kurve, um wieder einzelne Zacken, wie c, d, e und f zu zeigen. Nachdem sie sich nun relativ lange, ca. zwei Fünftel der ganzen Kurve, auf der Maximalhöhe gehalten hat, fällt sie allmählich ab. Bei g ist noch eine unwesentliche sogenannte dikrote Erhebung. Das Blut fließt in den Kapillaren gleichmäßig. In den Arterien ist es nicht so ganz der Fall, aber das Blut steht auch hier in seiner Bewegung nach der Peripherie zu nie ganz still. Es muß also durch den ständigen Abfluß sich der Druck in der Aorta sofort vermindern, nachdem er mit der Systole seinen höchsten Stand erreicht hat. Schon mit dem Schluß der Semilunar-Klappe muß das eintreten, denn um soviel, als die Klappen bei ihrer Schwingung Raum einnehmen, wird doch für das rückströmende Blut Platz frei. Nun müßte von da ab die Kurve ständig sinken. Das tut sie aber nicht, im Gegenteil, sie steigt mit einzelnen Zacken d und e sogar noch über die ersten hinaus, trotz des ständigen Abflusses, der sich auch zu dieser Zeit und an dieser Stelle bemerkbar machen müßte. Arterienwandungen mit rein „passiver“ Elastizität können unmöglich, wie ich oben gezeigt habe, in dem Bestreben, ihren ursprünglichen Zustand wieder zu erreichen, eine größere Kraft entwickeln, als die war, die ihren Zustand veränderte. Zacken, wie d und e, die sich über b erheben, wären bei rein „passiver“ Elastizität undenkbar. Mit der Annahme einer „aktiven“ Elastizität der Arterien lassen sich diese Zacken c, d, e, f, wie auch die später folgende g leicht erklären. Sie sind dann der Ausdruck des vermehrten Druckes, der bei der Kontraktion der glatten Muskulatur der tunica media notwendig folgen muß, und der sich natürlich auch rückwärts bemerkbar macht. Mit dem weiteren Abfluß des Blutes durch die Kapillaren fällt dann die Kurve, um dann später noch einmal eine Wenigkeit (g) anzusteigen (s. u.).

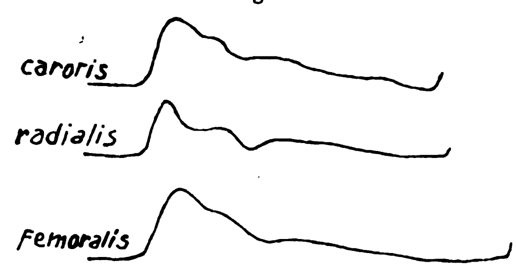
Auch die Pulskurve der mittleren und kleineren Arterien besitzt manches, das sich mit den landläufigen Anschauungen der passiven Elastizität der Arterienwandung nicht in Einklang bringen läßt. Nach einem schnellen Anstieg zeigt sie einen überraschend schnellen Absturz, um dann noch einmal in der sogenannten Rückstoßelevation sich zu erheben und endlich in gleichmäßig fallender Linie, am Fuße des nächsten aufsteigenden Schenkels anzulangen. Der übersteile Abfall vom Gipfel und die Rückstoßelevation, diese beiden sind es, die für eine „aktive“ Tätigkeit der Arterienwandung sprechen.

Nicolai (Handbuch der Physiologie, I, II, III, S. 785) erklärt den steilen Abfall dadurch, daß die gedehnte Arterienwandung eine größere Kraft entwickeln kann, als die entspannte. Er sagt: „Im ersten Moment könnte sich also die Druckkurve mit derselben Geschwindigkeit abwärts bewegen, mit der sie sich aufwärts bewegt hat. Sofort aber wird der Druck geringer, weil infolge des stärkeren Abfließens die Arterienwand weniger gespannt ist und demzufolge weniger Druckkraft entwickelt. Die Spannungsabnahme schreitet fort, weil die allmählich zu ihrer Normalform zurückkehrende Arterienwandung natürlich immer weniger elastische Kräfte entwickeln kann.“ Allerdings ist hier nur von der Druckkurve die Rede, nicht von der volumometrischen, der plethysmographischen. Im allgemeinen wird aber die Figuration der letzteren wohl eine ähnliche Begründung erfahren. Dem widerspricht aber eins, nämlich, daß in dem Moment, wo die Arterienwandung am meisten gespannt ist und demnach auch die größte Kraft entwickeln kann — wie ohne weiteres zugegeben werden muß —, auch der größte Druck in der Arterie respektive

in der Blutsäule herrschte. Kurz vorher war der Druck noch stärker als die Kraft der Arterienwandung, denn letztere mußten ja nachgeben, sich dehnen. Mit dem relativ langsamen, aber durchaus gleichmäßigen Abfluß des Blutes durch die Kapillaren vermindert sich der Druck, und zwar auch ganz gleichmäßig, so daß der sich allmählich entspannenden Arterienwand (die also einen allmählich geringer werdenden Druck ausübt) auch ein allmählich abnehmender Blutdruck gegenübersteht. Blutdruck resp. Seitendruck der Blutsäule und der Druck, den die gespannte Arterienwandung auf die Blutsäule ausübt, sind in dem Moment, wo die Kurve ihren Gipfel erreicht hat, vollkommen gleich. Der Abfluß des Blutes erfolgt langsam und völlig gleichmäßig. Da erscheint es doch ausgeschlossen, daß eine passiv elastische Arterienwandung, die eben noch vor dem andrängenden Blute zurückweichen mußte, im Handumdrehen so weit die Überhand gewinnen konnte, um das Blut nun ihrerseits in so energischer Weise zurückzudrängen. Vielmehr müßte doch ein allmählicher Ausgleich stattfinden. Die Linie des absteigenden Kurvenschenkels müßte der Diagonale eines Parallelogrammes der Kräfte entsprechen, dessen einzelne Seiten von dem Blutdruck und dem Wandungsdruck gebildet werden. Der absteigende Schenkel der Kurve müßte also die gerade Linie darstellen zwischen dem Gipfel der einen und dem Fuß des ansteigenden Schenkels der zweiten resp. nächsten.

Was im speziellen die plethysmographische Kurve anlangt, so wird hier das Bild noch deutlicher. Die Vergrößerung des Volumens hängt hier doch nur von der vermehrten Füllung der Arterien ab. Die Kapillaren spielen keine Rolle, weil sie immer den gleichen Füllungszustand zeigen. Der steil aufsteigende Kurvenschenkel findet damit eine leichte Erklärung. Daß er aber fast ebenso steil abfällt, das ist nach der landläufigen Anschauung unverständlich. Gegenüber den glatten Muskeln der Arterienwandung ist die Muskelkraft des linken Ventrikels enorm groß, und wenn die positive, aktive Arbeitsleistung dieser gewaltigen Muskulatur notwendig ist, um die Kurven fast senkrecht aufsteigen zu lassen, so ist es nicht denkbar, daß die geringere Kraft einer „passiven“ Elastizität der Arterienwandung — bei stark erhöhtem Blutdruck! — die Kurve fast ebenso schnell zum Sinken bringen könnte. Die einzige Möglichkeit wäre nun die, daß eben der Blutdruck während des Absinkens kein relativ hoher mehr wäre, daß also der Maximaldruck sich sofort, nachdem die Kurve den Gipfel erreicht hat, in den minimalen resp. fast minimalen umwandelt. Das ist aber unmöglich. Der Abfluß durch die Kapillaren ist ja wie gesagt ein gleichmäßiger und relativ langsamer. Eine erhebliche Druckverminderung aus dem Semilunarklappenschluß konstruieren zu wollen, geht m. E. auch nicht an. Die plethysmographische Kurve entsteht so weit entfernt von dieser Klappe, es sind soviel elastische Momente dazwischen geschaltet, daß ein frei werdender Raum von 1,8 ccm (Nicolai) bei einem Schlagvolumen von 60 ccm sicher nicht in Frage kommt. Mit der Annahme einer aktiven Tätigkeit der tunica media der Arterien würde dieser steile Abfall leicht zu erklären sein. Er ist dann nichts mehr und nichts weniger als der Ausdruck der aktiven Kontraktion der Arterienwandung.

Was die Rückstoßelevation anlangt, so will ich hier nicht auf die bisher aufgestellten Theorien eingehen, das würde mich zu weit führen. Ich will hier nur betonen, daß mit der Annahme einer „aktiven“ Elastizität der Arterienwandung dieses immerhin recht schwierige Problem seine einfache



Erklärung findet. Das Blut staut sich in der Peripherie, weil der gleichmäßige Abfluß durch die Kapillaren auch bei vermehrtem Druck keine Beschleunigung erfährt und weil in den kleinsten Arterien — sobald der Maximal-Innendruck sie erreicht — auch eine Kontraktion sich auslöst. Diese Stauung macht sich in der Rückstoßelevation bemerkbar, und zwar auch in der plethysmographischen Kurve, weil die hier in Frage kommenden peripheren Arterien dicht vor den Kapillaren eben immer noch peripherer gelegene Arterien haben. Wenn wir bei einer leeren, d. h. nur mit Luft gefüllten Spritze, die eine enge Ausfluß-Öffnung hat, den gutschließenden Stempel rasch vorwärts drücken, so entsteht eine ganz ähnliche Rückstauung, die wir deutlich fühlen können. Der Spritzenstempel bleibt einen Moment stehen, wird eventuell auch durch das elastische Polster der Luft zurückgedrängt. Bei fortdauerndem Druck geht dann der Stempel wieder langsam vorwärts. Es ist genau derselbe Vorgang, nur daß hier komprimierbare Luft für die elastische Wandung gesetzt ist.

Auf nebenstehende 3 Kurven (allerdings sphygmographisch) möchte ich hier noch hinweisen. Sie sind aus Nagels Handbuch (I, II, II, S. 786) und werden als „typische Pulskurven verschiedener Arterien mit wenig schleuderndem Sphygmographen aufgenommen" bezeichnet (Nicolai). Bemerkenswert ist bei diesen Kurven, daß die mittlere, die von der radialis, also von der am meisten „muskulösen" Arterie, den steilsten Abfall vom Gipfel und die deutlichste dikrote Zacke aufweist.

(Fortsetzung folgt.)

Beschäftigung der Kranken im Walde.

Von Direktor Dr. *Dees*, Gabersee.

(Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins bayer. Psychiater zu Regensburg am 29. Juni 1912.)

Meine Herren!

Es ist Ihnen bekannt, daß man in verschiedenen Anstalten, Dösen, Göttingen, Wannen für Dauerbäder im Freien, d. h. in den Abteilungsgärten dieser Anstalten aufgestellt hat, die Kranken dort baden läßt, und daß man fand, daß der Eindruck und die Wirkung, welche diese Freibäder auf die badenden Kranken machen, außerordentlich freundlich und angenehm sei.

„Es ließ sich beobachten", sagt Lehmann (Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift, 1907, S. 136), „daß die badenden Kranken durch die kleinen Vorkommnisse im Garten, das Zufliegen und Singen der Vögel, die Bewegung des Laubes an den Bäumen u. dgl. von ihren krankhaften Gedanken und Empfindungen abgelenkt wurden und sich ruhiger und geordneter verhielten, als das im Dauerbad im Hause der Fall war, und wiederholt sprachen sich die Patienten mit großer Befriedigung über das Baden im Freien aus."

Fürchten Sie, m. H., nun nicht, daß ich Sie einlade, mit den Badewannen und ähnlichem therapeutischen Rüstzeug, mir in den Wald zu folgen. Nein, was ich Ihnen vorschlage, ist eine einfache Sache.

Vor zwei Jahren besuchte mich in Gabersee ein auswärtiger Kollege und als er die bis nahe an die Anstalt reichenden Wälder sah, fragte er, ob die Nähe des Waldes keine Schwierigkeit für die Aufsicht über die Kranken böte? Bei der Anstalt, an welcher er wirke, sei auch Wald, aber derselbe sei nur ein Objekt der Sorge, weil die Kranken häufig in denselben zu entweichen suchen und manchmal auch dahin entkommen. Man habe dort deshalb Fanghunde eingestellt, welche den Kranken, die in den Wald flüchten wollen, nachgeschickt werden und sie einholen. Diese Kunde befremdete mich damals einigermaßen, aber aus Notizen in den Zeitungen und in der Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift letzten Jahrganges Nr. 52 ersehe ich, daß diese Einrichtung verbreiteter ist, und daß man namentlich in Anstalten für verbrecherische Geisteskranke von dieser Methode der Krankenbeaufsichtigung Gebrauch macht.

Demgegenüber muß ich als ein Anhänger des freien Systems der Krankenbehandlung aussprechen, daß ich für diese neue Abart der Behandlung nicht die geringste Sympathie übrig habe, und daß unsere Wälder, um endlich auf unseren Gegenstand zu kommen, für uns kein Objekt der Sorge, sondern der Freude sind.

In einem 1910 auf dem internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke zu Berlin gehaltenen Vortrage habe ich bereits ausgeführt, daß über den waldwirtschaftlichen Betrieb in den Irrenanstalten noch manche Unklarheit besteht, und daß man in den Irrenanstalten vom Walde noch nicht überall den richtigen Gebrauch mache. Der Wald oder Park mag da und dort einigen Anstaltsbewohnern eine Gelegenheit zum Lustwandeln abgeben, sonst aber habe ich durch meine Erkundungen nur wenig darüber erfahren können, daß man die Beschäftigung im Walde auch therapeutisch verwerten kann. Wir haben nun in Gabersee reichliche Erfahrungen über die Verwendung von Kranken zu Waldarbeiten gesammelt, und ich möchte die heutige Gelegenheit benutzen, Ihnen einiges darüber zu berichten.

Die Wald- und Holzarbeit bietet jahrein jahraus eine große Menge Arbeitsgelegenheit, besonders aber im Winter, zu welcher Zeit es naturgemäß in der Landwirtschaft an Arbeitsmöglichkeit mangelt.

Die wichtigsten Waldarbeiten sind: Anlegen und Unterhalten der Pflanzenbeete, Verpflanzen, Durchforsten der Jungwälder, Fällen, Abforsten, Roden, Zerkleinern und Abfahren des Brennholzes, wozu noch allerlei kleine Betätigungen kommen.

Welche Kranken können nun zu den Wald-

arbeiten verwendet werden? Für die leichten Arbeiten in den Pflanzenbeeten und Jungpflanzungen eignen sich auch Frauen, für die schwereren Wald- und Holzarbeiten selbstverständlich nur Männer. Bei richtiger Auswahl der Kranken braucht man Unglücksfälle und Entweichungen bei den Waldarbeiten nicht zu fürchten. Sie waren in Gabersee auffallend selten und haben gar keine Bedeutung gegenüber den großen Vorteilen, welche die Waldarbeit bietet. Man darf auch nicht glauben, daß man nur die besonders sicheren und zuverlässigen Kranken der offenen Abteilungen zu Waldarbeiten verwenden kann, keineswegs. Wir haben in Gabersee Kranke aller Abteilungen, soweit sie nicht reine Pflegeabteilungen sind, zu den Waldarbeiten gehen lassen. Auch waren die Kranken nicht in besonders starker Bedeckung, sondern immer nur unter Aufsicht eines einzelnen Pflegers in Gruppen von drei bis zwölf Mann. Zu empfehlen ist es freilich, daß zwei Gruppen zusammenarbeiten, damit, wenn wirklich einmal ein Malheur passiert, ein Pfleger abkömmlich ist.

Aber nicht bloß ein Arbeitsobjekt ist der Wald, sondern auch ein Ort des Vergnügens für die Kranken. Das wurde mir so recht klar, als ich im letzten Sommer an einem Sonntag Nachmittage mehreren Frauenabteilungen als Ersatz für ein zufällig ausfallendes Konzert erlaubte, in den Wald zu den Erd- und Heidelbeeren zu gehen. Als ich sie abends nach Hause wandern sah mit schwarzen Mündern zwar aber mit roten Wangen und strahlenden Augen, und sie mir zuriefen: „Das war uns im Walde lieber als im Konzert", da konnte man so recht erkennen, was Waldesstimmung zu bewirken vermag.

Außer zum Sammeln von Beeren kann der Wald auch aufgesucht werden zum Sammeln von Moos, Zinkraut, Tannenzapfen u. dgl.

M. H.! Lassen Sie zuversichtlich Ihre Kranken in die Wälder gehen, die Sie vielleicht in der Nähe Ihrer Anstalt haben, und fürchten Sie das Waldesdunkel nicht. Nach einigen, vielleicht anfänglich eintretenden Verdrießlichkeiten wird sich Ihnen der Zauber des Waldes, den die Dichter und Musikanten verherrlichen, offenbaren und Sie werden überrascht sehen, daß es auch in einer Irrenanstalt noch eine Idylle geben kann.

Wenn wir aber diese Offenbarung erkannt haben, werden wir daraus für die Errichtung von ländlichen Irrenanstalten, zu denen ich besonders auch die heute mehrfach genannten Anstalten für Fürsorgezöglinge rechne, den sehr wichtigen Schluß ziehen, eine solche nicht fernab vom Walde zu verlegen.

Mitteilungen.

— **XVII. internationaler medizinischer Kongreß.** London, 6. bis 12. August 1913. Kongreß-Bureau: London W., Hinde-Street 13. Sektion XI. Nervenkrankheiten. Präsident: Sir David Ferrier, LL.D., M.D., F.R.C.P., F.R.S. Sekretäre: Fred E. Batten, M.D., F.R.C.P. H. Head, M.D., F.R.C.P., F.R.S.

Donnerstag, 7. Aug. 1. Die Symptome der Kleinhirn-Erkrankungen und ihre Bedeutung. Referenten: Prof. Dr. J. Babinski-Paris, Prof. Dr. D. Rothmann-Berlin.

Freitag, 8. Aug. 2. Motorische Aphasie, Anarthrie und Apraxie. Ref.: Prof. Dejerine-Paris, Prof. Dr. Liepmann-Berlin.

Sonnabend, 9. Aug. 3. Die Beziehungen der myopatischen Krankheiten. Ref.: Prof. Dr. H. Oppenheim-Berlin, Prof. Spiller-Philadelphia, Ver. St. A.

Montag, 11. Aug. 4. Die Behandlung der Gehirntumoren und die Indikationen für deren Operationen. (Zusammen mit Sektion VII, Chirurgie.) Ref.: Prof. Dr. Bruns-Hannover, Prof. Harvey Cushing-Harvard University, Ver. St. A., Prof. Dr. Freih. v. Eiselsberg-Wien, Dr. H. H. Tooth-London.

Dienstag, 12. Aug. 5. Die Natur des krankhaften Zustandes „Parasyphilis". Ref.: Dr. F. W. Mott-London, Prof. Dr. Nonne-Hamburg.

Sektion XII. Geisteskrankheiten. Präsident: Sir James Crichton-Browne, LL.D., M.D., F.R.S., F.R.S.Ed. Sekretäre: Maurice Craig, M.D., F.R.C.P., Edwin Goodall, M.D., F.R.C.P. James H. Macdonald, M. B., Ch.B., R. Percy Smith, M.D., F.R.C.P.

Donnerstag, 7. Aug. 1. Die psychiatrische Klinik, ihr pädagogischer und therapeutischer Zweck und die Resultate mit Beziehung zur Genesungsförderung. Ref.: Dr. Adolf Meyer-Baltimore, Ver. St. A., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sommer-Gießen.

Freitag, 8. Aug. 2. Psycho-Analyse. Ref.: Prof. P. Janet-Paris, Prof. Dr. Karl Jung-Küsnach-Zürich.

Sonnabend, 9. Aug. 3. Die Infektions- und Auto-intoxikationspsychosen. Ref.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Bonhöffer-Berlin.

Montag, 11. Aug. 4. Die syphilitischen und parasyphilitischen Geisteskrankheiten. Ref.: Prof. Dr. W. von Bechterew-St. Petersburg, Prof. Dr. A. Marie-Villejuif.

Dienstag, 12. Aug. 5. Die Psychologie des Verbrechens. (Zusammen mit Sektion XIX, Gerichtliche Medizin.) Ref.: Prof. Comm. E. Morselli-Genua.

Referate.

— Beyer, Dr. Bernh., Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichsirrengesetz. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912. 668 S.

Verf. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, das ungemein reichhaltige Material der gegen die Irrenärzte gerichteten Angriffe durchzuarbeiten und auf seine Stichhaltigkeit zu prüfen. Die eigentlichen Urheber dieser Agitation sind, wie B. im einleitenden Kapitel ausführt, in jenen Kreisen zu suchen, die schon lange den Kampf gegen die wissenschaftliche Medizin im allgemeinen führen: die antipsychiatrische Bewegung hängt mit den Naturheilbestrebungen und dem Kurpfuschertum zusammen. Es folgt eine Beleuchtung der antipsychiatrischen Broschüren — Verf. hat persönlich über 100! eingesehen — und ihrer Verfasser. Ein großer Teil des Buches ist dann der Untersuchung von Fällen angeblich „unrechtmäßiger Internierung in Irrenanstalten" gewidmet. Hier werden namentlich jene Fälle, welche von den Antipsychiatern immer wieder als Paradepferde geritten werden, durch Vorführung von Aktenauszügen und anderen Beweismitteln auf ihre richtige Bedeutung zurückgeführt. In der zweiten Hälfte des Buches werden der bekannte Kreuzzeitungsaufruf und die Irrenreformverhandlungen des preuß. Abgeordnetenhauses und des Reichstages von 1892 bis 1902 ausführlich wiedergegeben, ebenso die Verhandlungen des Vereins deutscher Irrenärzte von 1893 und 1895. Weiter folgt eine Charakteristik der „Irrenreform-Vereine" und eine Besprechung des Verfahrens der Tagespresse. An dem vielfach antipsychiatrischen Standpunkt derselben trägt nach des Verf. Ansicht die suggestive Kraft der Broschüren und das allzu schweigsame Verhalten der Irrenärzte diesen Broschüren usw. gegenüber die Schuld. Als Ergebnis seiner Quellenforschungen sieht Verf. den Nachweis an, daß bisher noch keine einzige unrechtmäßige Internierung in Irrenanstalten einwandfrei bewiesen ist. Er wünscht eine Reichsirrengesetzgebung.

Ob unsere Gegner die umfangreiche Schrift kaufen und lesen werden? Für die meisten möchte ich das bezweifeln. Das Buch sollte aber in der Bücherei jedes Psychiaters bereit liegen, um in gegebenen Fällen Unwissenden und Zweiflern (an Zeitungsredaktionen!) zur gründlichen Belehrung in die Hand gegeben zu werden. Mercklin.

— Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild. Redigiert von Dr. Heinrich Schlöß, k. k. Regierungsrat und Direktor der n.-ö. Landesanstalten am Steinhof in Wien. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912.

Zu dem bekannten zweibändigen Breslerschen Werk über „Irrenanstalten in Wort und Bild" ist jetzt erfreulicherweise aus Österreich ein Pendant erschienen. Im Anschluß an den IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin, Oktober 1910, fand sich die österreichische Regierung bereit, nachträglich das Geld für das vorliegende Werk zu bewilligen, eine einzigartige und nicht dankbar genug zu begrüßende Tatsache.

Aber nicht nur den hohen Behörden gebührt Dank, sondern auch den Kollegen, insbesondere dem Direktor Dr. Schlöß, für all ihre Mühewaltungen. Ist es doch dadurch gelungen, sämtliche öffentliche und private Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke zu besprechen und auf diese Weise ein anschauliches Bild über den gegenwärtigen Stand der Irrenpflege in Österreich zu geben, ein Dokument, das nicht nur für die Jetztzeit auch im Ausland interessant ist, sondern das auch entschieden für die Zukunft seinen Wert besitzt.

Bei dem Studium der österreichischen Irrenverhältnisse wird man mit Freude wahrnehmen, wie überall das Bestreben herrscht, Verbesserungen und Neuanlagen entsprechend den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft einzuführen, um auch hierin den hohen Anforderungen eines Kulturstaates vollauf gerecht zu werden.

Der Marholdsche Verlag hat dem Ganzen ein gefälliges Äußere verliehen, so daß es sich auch in diesem Punkte würdig dem oben erwähnten Breslerschen Werk anreiht. Kürbitz-Sonnenstein.

— Krulle, Oberstabsarzt Dr., Das Syphilisdiagnostikum von Dungern. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 113. Bd.

In der vorliegenden Arbeit ist zum ersten Male von militärärztlicher Seite über die Verwendbarkeit der modifizierten Wassermannschen Reaktion nach v. Dungern berichtet. Bei genügender Zuverlässigkeit könnte dieses vereinfachte Verfahren für den Gebrauch in kleineren Lazaretten allerdings prädestiniert erscheinen. Verf. beurteilt es auf Grund 1½ jähriger Verwendung recht günstig. Unter 155 Untersuchungen waren 8 Resultate nicht verwertbar, da sich in der Kontrollprobe nicht genügende Lösung einstellte, wofür technische Fehler verantwortlich gemacht werden. Sonst hat sich das Diagnostikum sehr gut bewährt. Bei vorhandener Lues trat die Reaktion prompt ein; bestand keine Lues, war der Ausfall stets negativ. Gelegentliche Nachprüfungen mit der Original-Wassermann-Methode ergaben übereinstimmende Resultate. Das von Dungernsche Verfahren ist einfach und von jedem Arzte ohne große Vorkenntnisse ausführbar.

Der Einfluß einer spezifischen Kur auf die Reaktion ist deutlich wahrnehmbar. Die Reaktion wird allmählich schwächer, d. h. die anfängliche Hemmung macht nach Stunden einer immer stärker werdenden Lösung Platz, bis am Ende der Kur die Lösung wie bei nichtsyphilitischem Blute eintritt. Dieselbe Erscheinung zeigt sich nach Beendigung der Behandlung, in umgekehrter Reihenfolge, bis die Reaktion wieder positiv wird. Wieweit dieses An- und Abschwellen der Reaktion prognostisch und thera-

peutisch zu verwerten ist, will Verf. nicht entscheiden.

— Frank-Zürich, L., Psychiatrie und Armenpflege. Zürich, Orell Füßli, 1912. Ein populärer und praktisch gerichteter Vortrag, welcher die kausalen Beziehungen zwischen psychischer Krankheit und Armut klar darlegt, die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Armenpflegern und psychiatrischen Sachverständigen betont und für die Züricher Verhältnisse die Errichtung von Polikliniken zur Behütung von leichter Erkrankten fordert. Mercklin.

— Laquer, Leop., Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Dauernde Rente oder einmalige Kapitalsabfindung? Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 127 S.

L. zeigt an zahlreichen Krankengeschichten, daß eine genaue Nachprüfung der Gesundheits- und Erwerbsverhältnisse von nervös gewordenen Unfallverletzten, die eine größere oder geringe Abfindung erhalten haben, ihre völlige Gesundung in wirtschaftlicher Beziehung ergibt. Auch er befürwortet daher schnelle Erledigung des schädlichen Rentenkampfes durch Kapitalszahlung. Diese hilft dem Kranken rasch und ausgiebig über die nervösen Unfallsfolgen hinweg. Die Entschädigungssumme soll nicht zu hoch bemessen werden, um unberechtigte Bereicherungsideen zurückzuhalten. Um die Folgen diagnostischer Irrtümer einzuschränken, soll etwa fünf Jahre lang eine nicht zu kleine Teilrente gezahlt werden, dann soll der Anspruch durch Kapitalabfindung völlig erledigt werden. Ist die Kapitalabfindung — eventl. in zwei Raten — in Aussicht genommen, so soll letzte Untersuchung und Entscheidung von mehrgliedrigem ärztlichen Schiedsgericht vorgenommen werden, dem mindestens einer der behandelnden Ärzte des Verletzten angehören muß.

L. gibt in der Einleitung die entsprechenden Vorschläge anderer Autoren und begründet seine Thesen mit ausführlichen sozialhygienischen Betrachtungen. Mercklin.

— Bresler, J., Kurzgefaßtes Repetitorium der Psychiatrie. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912. Geb. 2,20 M.

Durch eine außerordentliche Zusammenpressung des Stils konnte B. auf 138 S. in Taschenbuchformat die allgemeine und spezielle Psychiatrie einschließlich Therapie, eine psychophysische Einleitung und im Anhang das Wichtigste aus der gerichtlichen Psychiatrie zusammenstellen. Bei gleichzeitigem Besuch psychiatrischer Vorlesungen ist das Büchlein geeignet, das Gehörte und Gesehene zu fixieren, auch praktische Ärzte werden sich daraus die allernotwendigsten Antworten in psychiatrischen Nöten holen können. Bei einem Neudruck dürfte sich eine etwas ausführlichere Entwicklung der psychologischen Vorbegriffe empfehlen. Mercklin.

— Laquer-Wiesbaden, B., Die Großstadt-Arbeit und ihre Hygiene. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912. 30 S.

Die auf einem reichen Tatsachenmaterial aufgebaute, durchaus allgemein verständliche Betrachtung verdient es, von Kopfarbeitern gelesen zu werden. Die Vorschläge des Verf. berühren u. a. die Einführung der englischen Tischzeit, die sozial-hygienischen Pflichten der großen Bank- und Geschäftshäuser, das Verhalten in der Mittagspause und in den Abendstunden. Sehr erfreulich sind die Einzelnachrichten aus dem Wertheim-Warenhause, dessen hygienische Fürsorgebestrebungen schon öfters mit Anerkennung erwähnt wurden. Mercklin.

Anhang.

Ruhr, Typhus, Paratyphus u. Bakt. Koli-Infektion nach neueren Forschungen.

(Fortsetzung.)

Nach Prigge*) sind diejenigen Erkrankungen an Paratyphus, die einen typhusähnlichen Verlauf zeigen, verhältnismäßig selten (ca. 1 %); von der Gesamtzahl der vorkommenden Paratyphuserkrankungen kommt nur ein geringer Bruchteil in ärztliche Behandlung und eine noch geringere Zahl zur Kenntnis der Behörden; demgemäß darf unter diesen Umständen von einem systematischen Vorgehen gegen den Paratyphus mit den Mitteln moderner Seuchenbekämpfung kein rascher Erfolg erwartet werden. — Nach dem klinischen Teil seiner Studie betrug die Gesamtsumme der Erkrankten der beschriebenen Epidemie 767 Fälle. Auf Tage berechnet waren erkrankt:

1	Tag	67	Personen
2	Tage	95	„
3	„	111	„
4	„	85	„
5	„	81	„
6	„	39	„
7	„	23	„

Nach Wochen:

bis zu 1	Woche	501	Fälle
1—2	Wochen	192	„
2—3	„	44	„
3—4	„	18	„
4—5	„	5	„
5—6	„	6	„
6—7	„	1	Fall.

Nur in 8,3 % fand ärztliche Behandlung statt.

Es fanden sich an klinischen Erscheinungen:

1. Rezidive (möglicherweise Neuinfektionen)	12	mal	= 1,6 %
2. Akuter Beginn	753	„	= 98,1 %
3. Durchfälle	755	„	= 98,4 %
4. Erbrechen	154	„	= 20,1 %
5. Leibschmerzen	381	„	= 49,7 %
6. Kopfschmerzen	91	„	= 11,9 %
7. Bettlägerig waren	179	„	= 23,3 %

Die Durchfälle traten fast ausnahmslos außerordentlich heftig auf, entweder ganz plötzlich im

*) Eine Paratyphusepidemie, veranlaßt durch Verseuchung einer Zentralwasserleitung. Klin. Jahrbuch, 1912, III.

vollsten Wohlbefinden oder nach mehr minder heftigen Leibschmerzen in voller Stärke einsetzend; häufig hörten sie ebenso unerwartet wieder auf. Statt des Erbrechens kam es bei vielen Personen nur zu einem Gefühl der Übelkeit. — Die Symptome während der von Prigge beobachteten Epidemie ähnelten mehr denen des akuten Brechdurchfalles, wie sie von vielen Autoren für Fleisch- und Nahrungsmittelvergiftungen beschrieben sind, als denen eines Typhus, von denen sie sich fast ohne Ausnahme scharf trennen ließen. Nur sieben Personen (= 0,9%) erkrankten unter typhusverdächtigen Erscheinungen (allmählicher Beginn mit Durchfall oder Verstopfung und Kopfschmerzen); die Dauer der Krankheit betrug bei ihnen durchschnittlich 21 Tage, einer starb an einem Rezidiv; sechs waren in ärztlicher Behandlung. Von den übrigen allen starb keiner. — Der akute Beginn der Erkrankung findet sich auch in der überwiegenden Mehrzahl der Kontaktfälle. — Der Erreger der Massenerkrankungen war der Bacillus paratyphi B; Träger der Infektion das Wasser der neuen Zentralleitung.

Nachtrag.

Eine andere Art der Fleisch- und Wurst- sowie Fischvergiftung ist die durch Bacillus botulinus (van Ermenghem) verursachte, als Botulismus, Allantiasis, Ichthyosismus bezeichnete Vergiftung, welche unter dem Bilde der Bulbärparalyse (Ptosis, Pupillenerweiterung, Lähmungen, Schluck- und Sprachstörung, Störung von Atmung und Herztätigkeit, Versiegen der Drüsensekretion, Gastroenteritis, Harn- und Stuhlverhaltung, Starre der Gesichtsmuskulatur) verläuft und in $^1/_3$ der Fälle zum Tode führt, und zwar manchmal schon binnen 24 Stunden. Lebensmittel, welche mit Bac. botulinus infiziert sind, riechen nach ranziger Butter; solche sollten daher nicht genossen werden. Das Toxin wirkt erst fünf bis zehn Stunden nach der Einverleibung. Auch auf Konserven siedelt sich der Bac. botulinus an; es empfiehlt sich daher, sie vor dem Genuß aufzukochen; es sind schon wiederholt Vergiftungen durch Konserven mit Bac. botulinus vorgekommen. Bei 60° wird sowohl der letztere selbst wie sein Toxin zerstört, die Sporen erst bei mindestens einstündigem Kochen. Da er sich in 10% Kochsalzlösung nicht zu entwickeln vermag, empfiehlt sich beim Pökeln 10% Salzlösung zu verwenden. Im menschlichen Organismus vermehrt sich der Bac. bot. nicht; er läßt sich in ihm nicht nachweisen. Aus den von ihm befallenen Nahrungsmitteln wird er durch anaerobe Züchtungsmethoden dargestellt. Er ist 4 bis 9 μ lang, 1 μ breit, wenig beweglich, hat 4 bis 8 Geißeln, ist leicht färbbar, grampositiv. Durch Immunisierung von größeren Versuchstieren ist es gelungen, ein antitoxisches Serum zu erzeugen (Citron). Infektion von Mensch zu Mensch findet nicht statt.

Bei der Fäulnis des Fleisches (auch bei der Kartoffelvergiftung!) spielt der Bac. Proteus [drei Arten: vulgaris (der häufigste), mirabilis, Zenkeri] die wichtigste Rolle. Er besitzt 60 bis 100 Geißeln.

Fleischvergiftungen kommen endlich vor nach Genuß von Fleisch notgeschlachteter oder ungesunder Tiere mit verschiedensten Krankheiten. Bei manchen Fischen sind Blutserum, Hautsekret oder Rogen zur Laichzeit giftig. — Die Vergiftung durch im eigentlichen Sinne faules, verwestes Fleisch (durch Ptomaine, Ptomatropine) verläuft meist unter dem Bilde der Atropinvergiftung.

Bakt. Koli-Infektion.

Nach Citron*) stellen die Kolibazillen eine große Gruppe von Bakterien dar, die untereinander kleine Differenzen besitzen. Regelmäßige, meist harmlose Darmschmarotzer, bewirken sie erst Entzündung und Eiterung, wenn sie aus dem Darm in andere Organe gelangen (Zystitis, Pyelitis, Cholezystitis, Diarrhöen, Peritonitis [bei Perforation]). Sub finem vitae können sie, ebenso wie andere sonst harmlose Darmbakterien (Bac. lactis aërogenes, Bac. subtilis u. a.) aus dem Darm in die inneren Organe und ins Blut gelangen. Durch die Spezialnährböden und die serodiagnostischen Methoden, besonders die Agglutination, sind sie von den ihnen sehr ähnlichen anderen Bakterien der Typhus-Koligruppe sicher zu differenzieren.

Die Kolibazillen sind nach Citron: gramnegativ, mit allen Anilinfarben leicht färbbar, weniger beweglich als die Typhusbazillen, mitunter anscheinend sogar unbeweglich (Prüfung der Beweglichkeit am besten an sechs bis zwölf Stunden alten, bei 37° C bebrüteten Bouillonkulturen), mit Geißeln versehen, die in wechselnder Zahl peritrich angeordnet sind; sie trüben Bouillon gleichmäßig, wachsen auf Lackmusnutroseagar und Endo-Agar rot, entfärben Neutralrotagar, vergären Traubenzucker unter Gas- (Kohlensäure und Wasserstoff) und Säure-(Milchsäure) Bildung, bilden Indol, koagulieren Milch, röten unter gleichmäßiger Trübung Lackmusmolke stark, verflüssigen Gelatine nicht, sind für Meerschweinchen bei intraperitonealer Impfung pathogen.

Von weitgehendem theoretischen und praktischen Interesse sind G. Seifferts**) „Fütterungsversuche mit körperfremden Kolistämmen". Es ergab sich bei Fütterungsversuchen von Menschen, daß eine Ausscheidung des künstlich giftfest gemachten***) körperfremden Stammes nur etwa vier Tage lang stattfand; er war aus dem Darmtraktus des Menschen ausgeschieden worden, ohne sich anscheinend stärker vermehrt zu haben. Körperfremde Kolistämme können, wie anzunehmen ist, nicht dauernd in einem Tier- oder Menschenkörper gedeihen. Aus dem Stuhle derselben Versuchsperson wurde sein körpereigener Kolistamm herausgezüchtet und durch mehrfache Passagen über Malachitgrün giftfest gemacht. Die zwölf Stunden nach der Infektion mit diesem Stamme auf Malachitgrünagar ausgestrichene Stuhlprobe lieferte auf der Platte nach

*) Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. 1912.

**) Deutsche med. Wochenschrift, 1912, S. 1064.

***) Durch die Giftfestigkeit sind die Stämme gezeichnet, so daß es gelingt, sie aus Individuen gleicher Art kulturell herauszufinden.

einem Tage einen dichten Rasen des malachitgrünfesten Stammes; auch an den nächsten fünf Tagen waren diese Kolistämme auf Malachitgrünagar äußerst zahlreich und hatten im Darm eine reichliche Vermehrung erfahren; sie ließen sich noch bis zum 80. Tage immer wieder nachweisen. Es gelingt nicht, körperfremde — aber kulturell identische — Kolistämme zu einem längeren Aufenthalt und einer stärkeren Vermehrung im Darm gesunder Individuen zu bestimmen. Mit Bezug auf Bazillenträger ist daraus zu schließen, daß die Wachstumsbedingungen im Darm von Bazillenträgern nicht die gleichen sind, wie im Darm gesunder Menschen. Dies ist wahrscheinlicher als eine besondere Anpassung von Bakterienstämmen an die Lebensbedingungen des Darmtraktus, „denn sonst würden wohl kaum Fälle zu erklären sein, wo bei Hausepidemien nur ein oder mehrere Menschen Bazillenträger, z. B. von Typhusbazillen, werden, während bei anderen mit gleichem Stamme infizierten Individuen die Typhusbazillenausscheidung mit oder doch bald nach dem Ende der Krankheit aufhört."

Ein temperatursteigerndes Gift konnte E. Nobel-Würzburg *) aus abgetöteten Kulturen von Bakterium koli commune gewinnen, eine ähnliche Substanz aus Typhusbazillen.

Ein Stamm des Bakterium koli, der im Juli 1904 aus Brunnenwasser gezüchtet und in sterilisiertes, destilliertes Wasser überimpft worden war, erwies sich 6¾ Jahre nachher als lebend und in jeder Hinsicht unverändert. (Busson, Ein Beitrag zur Kenntnis der Lebensdauer von Bakterium koli und Milzbrandsporen. Zentralbl. f. Bakteriolog. etc., I. Abt., Bd. 58, H. 6, S. 505. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912, S. 355.)

Mandelbaum-München **) empfiehlt eine „neue Platte zur Züchtung von Bakterien der Typhus-Koligruppe aus Fäzes" aus Milchzucker-Rosolsäure-Blutagar. Die Kolibazillen erscheinen bei durchfallendem Licht grünlich-braun bis schwarz, die Typhusbazillen rot. Das Bakterium koli hämolyticum findet sich fast in jedem Falle von Typhus und Paratyphus in den Fäzes und kann das zur Differentialdiagnose mit herangezogen werden.

In einem Fall von „Kolitis ulcerosa acuta" — Dauer der Krankheit bei dem sonst gesund gewesenen Patienten vier Wochen, Symptome: Leibschmerzen, blutige Stühle, schwere progressive Anämie; alle Mittel, auch Kolostomie ohne Erfolg — fand Müller-Rostock ***) bei der Sektion zahlreiche stecknadelkopf- bis zehnpfennigstückgroße Geschwüre im ganzen Kolon, keine spezifischen Bakterien, keine Amöben, nur Reinkultur von Bakterium koli. Histologisch nichts Spezifisches.

Stäbchen aus der Gruppe der Para-Kolibazillen wurden von v. Reuß *) im Harn und Stuhl eines zweimonatigen Kindes mit Zystitis und Pyelitis nachgewiesen, das unter Fieber und Ikterus erkrankt war.

*) Zur Kenntnis des temperatursteigernden Giftes des Bacterium koli commune. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 68, H. 5. Ref. in Berl. klin. Wochenschrift, 1912 Nr. 28.

**) Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 6. Ref. in Deutsche med. Wochenschrift, 1912, S. 377.

***) Deutsche Wochenschrift, 1912, S. 926.

In seiner Studie: „Über Allgemeininfektion durch Bakterium koli kommune (‚Kolisepsis')" kommt O. Brian **) zu folgenden Schlußsätzen:

1. B. koli ist für den menschlichen Organismus pathogen im eigentlichen Sinne, sowohl örtlich wie allgemein (Sepsis [durch Toxinproduktion vom begrenzten Herd aus ohne Bakteriämie], Bakteriämie, Pyämie).

2. Die Bakteriämie bei Koliinfektion ist verhältnismäßig selten und weder ein bedrohliches Anzeichen noch eine Begleiterscheinung der Agone; sie kommt auch in leichten Krankheitsfällen vor.

3. Neben dem allgemeinen Kräftezustand des Kranken (allgemeine Disposition) ist besonders das Vorhandensein vorbereiteter Eintrittspforten (örtliche Disposition) für das Zustandekommen der Bakteriämie wichtig.

4. Die bekannte relativ günstige Prognose der Koliinfektionen mit Einbruch in die Blutbahn wird durch unsere Fälle bestätigt.

5. Für die Kultur der Kolibazillen aus dem Blut (und vieler anderer Bazillen) ist die Verwendung flüssiger Nährböden zu empfehlen (10 bis 20 ccm Blut in 200 bis 300 ccm Bouillon).

6. Ein klinisches Krankheitsbild „Kolisepsis" aufzustellen, liegt keine Berechtigung vor. Der klinische Verlauf gestattet keine Differentialdiagnose gegenüber Sepsisformen durch andere Erreger. Das klinische Bild der Koliinfektion bietet die allgemeinen Anzeichen der Sepsis, wird aber wesentlich beherrscht durch die zugrunde liegende Lokalerkrankung.

7. Die ätiologische Diagnose der Kolisepsis kann nur durch frühzeitige Kultur des Bazillus aus Blut und Exkreten gestellt werden.

Letzteres ist besonders nötig, weil im Anfang der Koli-Erkrankung oft klinisch ein ausgesprochener „Status typhosus" besteht, andererseits bei Frauen manchmal Typhus akut unter dem Bild einer an Koliinfektion erinnernden Zystopyelitis beginnt. Die Agglutination ist für die Erkennung der Koliinfektion nicht verwertbar. Während nach Jacob die Mortalität der Kolisepsis 40% beträgt (gegen 52 bis 88% bei Kokkeninfektion), endigten sämtliche sieben von Brian beschriebenen Fälle von Koliinfektion mit nachgewiesener Bakteriämie in Genesung. — Nicht immer ist die Koliinfektion eine Sekundärinfektion, ausgehend von einer vorher durch andere Bakterien krankhaft veränderten Stelle. Auch durch Trauma bedingte lokale Disposition kommt in Betracht. Als solche disponierenden Veränderungen führt Brian auf: instrumentelle Verletzung infizierter Harnwege, wie alle akuten Traumen der Harnwege

*) Berl. klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 28.

**) Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1912, 106. Bd.

überhaupt, äußere Verletzungen, chronische Entzündung der Gallenblase und der Harnblase, puerperales Genitale, primär entstandene Darmgeschwüre (Typhus, Cholera, Tuberkulose, akute Enteritis, Perityphlitis). Durch das Tierexperiment (durch Darmverschluß) ist erwiesen, daß Bakterium koli in das Blut gelangen kann. — Brian hat unter 120 bakteriologisch untersuchten, entzündlich veränderten Gallenblasen 26 mal Bakterium koli nachgewiesen, darunter 14 mal in Reinkultur. — Die Fieberkurve zeigte bei der Genesung staffelförmigen Verlauf; Milztumor war in drei von den sieben beobachteten Fällen vorhanden.

(Schluß folgt)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 26. Oktober **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Arterienfunktion und Arteriosklerose.

Von San.-Rat Dr. *Lots*, Friedrichroda (Thür.).

(Fortsetzung.)

Das bekannte Landoissche Hämautogramm, das auffälligerweise im wesentlichen dieselbe Konfiguration zeigt, wie diese drei Kurven, bedarf noch einer besonderen Besprechung. Hier liegen die Verhältnisse ganz anders wie bei der normalen Arterie. Hier fehlt ja (durch die Kontinuitätstrennung) der hauptsächlichste Widerstand und deshalb muß die Kurve entweder eine andere Form zeigen, oder aber, wenn *das, wie hier*, nicht der Fall ist, muß die Form der Kurve anders gedeutet werden. Der erste Teil der Kurve, der steil ansteigt und ebenso steil abfällt, ist auf die Tätigkeit des linken Ventrikels zu beziehen. Die Blutsäule wird durch die neu in die Aorta geworfene Blutmenge vorwärts gestoßen und spritzt an der durchtrennten Stelle aus der Arterie heraus in einem kurzen scharfen Strahl, der eben nur genügt, die Kurve sich schnell erheben und ebenso schnell wieder senken zu lassen. Dann ist die Wirkung der Tätigkeit des linken Ventrikels zu Ende. Der zweite niedrigere und langgestrecktere Teil der Kurve läßt sich nach den bisherigen Anschauungen überhaupt nicht erklären. Er gilt als Rückstoßelevation, kann es aber natürlich nicht sein, da ja die Verbindung mit der Peripherie resp. kleinen und kleinsten Arterien fehlt. Er kommt nach meiner Ansicht folgendermaßen zustande: durch die aktive Kontraktion der Arterien fällt der arterielle Druck nach Beendigung der Systole nicht sofort, sondern steigt noch etwas weiter, resp. hält sich auf derselben Höhe. Da dieser Vorgang sich nun im ganzen Arteriensystem zu gleicher Zeit abspielt, während in der durchschnittenen Arterie (durch das eben erfolgte Herausspritzen des Blutes) ein ganz minimaler Druck herrscht, so muß sich an der Abzweigungsstelle der durchschnittenen, zum Hämautogramm gebrauchten Arterie ein starker Druckunterschied bemerkbar machen. Das Blut strömt also von neuem in die durchschnittene Arterie und läßt sie wieder spritzen. Mit der Abnahme des Druckes in den anderen Arterien (durch Abfluß des Blutes durch die Kapillaren) gleicht sich dann langsam der Druckunterschied aus und der allerletzte Teil des Hämautogramms senkt sich allmählich, bis die nächste Systole das Spiel von neuem beginnen läßt.

Ein weiterer Beweis liegt in folgendem: ein bekannter physiologischer Grundsatz sagt, daß bei Erweiterung der Arterien der Blutdruck sinkt und damit eine bessere Durchblutung der Kapillaren erfolgt. Das ist nur zu erklären durch eine „aktive" Elastizität. Wäre nur „passive" vorhanden, so würde, da die Arbeitsleistung der Ventrikelkontraktion dieselbe bleibt, mit der Erweiterung der Arterien und dem Sinken des Druckes in ihnen, die in der Arterienwandung durch die Pulswelle (resp. durch die Ausdehnung beim Durchgang der Pulswelle) aufgespeicherte Kraft eine wesentlich geringere sein. Die Fortbewegung des Blutes nach der Peripherie müßte also auch mit weniger Druck erfolgen. Nun sind allerdings auch die kleinsten Arterien, dicht vor den Kapillaren, erweitert und infolgedessen die Widerstände in ihnen gesunken. Es kommt dadurch also ein gewisser Ausgleich zustande. Dem geringeren Druck stände ein geringerer Widerstand entgegen und man könnte im besten Falle demnach eine gleich große Durchblutung der Kapillaren erwarten, aber niemals eine stärkere. Eine „aktive" Elastizität der Arterien würde die Verhältnisse wesentlich anders gestalten. Eine Erweiterung bedeutet hier

nur ein weiteres Ausholen. Die Funktion muß dieselbe bleiben. Auf die plötzliche, wenn auch geringere Drucksteigerung der Pulswelle im erweiterten Arterienrohre kontrahiert sich die Ringmuskulatur der tunica media genau so wie sonst und preßt das Blut in ganz derselben Weise nach der Peripherie. Daß der Druck niedrig bleibt, dafür sorgt der verminderte Widerstand in der Peripherie und der jetzt mögliche verstärkte Abfluß, i. e. die vermehrte Durchblutung der Kapillaren.

Durch die Annahme einer „aktiven" Elastizität der tunica media der Arterien fände man auch dafür eine ungezwungene Erklärung, daß wie Poiseuille angibt, praktisch der Blutdruck von der Entfernung vom Herzen unabhängig ist. Wenn der Blutdruck nicht bloß aus der Arbeitsleistung des linken Ventrikels resultiert, sondern außerdem (und zwar nicht zum wenigsten) abhängig ist von der Kontraktion der glatten Ringmuskulatur, von deren Leistungsfähigkeit (und vom Durchmesser der betr. Arterien etc.), so können wir das leicht verstehen, denn es gibt in den verschiedensten Regionen, in größerer und kleinerer Entfernung vom Herzen, Arterien von gleichem Kaliber.

Alle diese theoretischen Überlegungen machten mir die aktive Tätigkeit der tunica media der Arterien bei der Vorwärtsbewegung des Blutes höchst wahrscheinlich. Aber eine absolute Gewißheit konnten sie natürlich nicht geben. Das konnte nur ein experimenteller Nachweis tun. Dieser wurde mir ermöglicht dadurch, daß mir Prof. Lommel-Jena die Hilfsmittel des Laboratoriums der medizinischen Poliklinik zur Verfügung stellte.

Die Erwägungen, von denen ich ausging, um die Sache experimentell fassen zu können, waren folgende: Wenn der steile Abfall vom Gipfel bei der gewöhnlichen Blutdruckkurve (sphygmographischer und plethysmographischer Art) auf die Tätigkeit der tunica media zurückzuführen, und wenn die Rückstoßelevation ebenfalls darauf zu beziehen ist, so muß im Innern des Arterienrohres zu dieser Zeit, d. h. vom Gipfel der Kurve bis über die Rückstoßelevation hinaus ein vermehrter oder aber wenigstens kein verminderter Druck herrschen. Trotzdem die Kurve vom Gipfel bis zur Rückstoßelevation bedeutend fällt, muß doch während dieser ganzen Zeit der Druck im Innern des Arterienrohres ein gleichmäßig hoher eventuell sogar noch zunehmender, aber auf keinen Fall ein abnehmender sein. Mit anderen Worten: Nachdem der linke Ventrikel seine Kontraktion vollendet hat und die Semilunarklappen geschlossen sind, muß im ganzen Arteriensystem (im Gegensatz zu dem scheinbaren Verhalten bei sphygmographischen und plethysmographischen Kurven) der maximale Druck noch eine Weile anhalten, eventuell auch noch etwas weiter steigen. Ich mußte also den Druck im Innern der Arterie zu messen suchen, und das konnte nur geschehen durch eine blutige Blutdruckmessung und Kurvenschreibung. Aus dem Vergleich dieser Kurve mit einer gleichzeitigen sphygmographischen an demselben Tiere mußten dann unbedingt zwingende Schlüsse gezogen werden können.

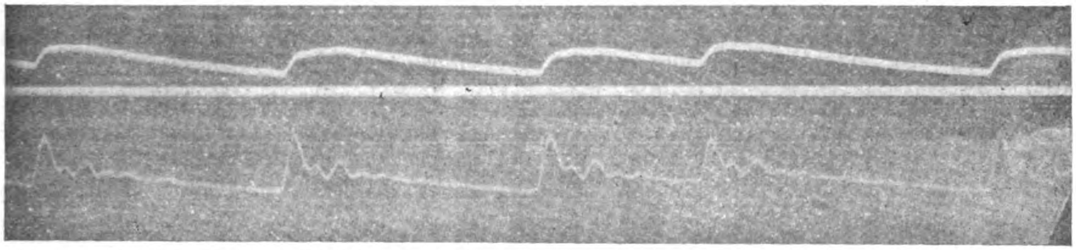
Bei einem mit Morphiuminjektion narkotisierten Hunde wurde auf beiden Seiten die Art. femoralis freigelegt zwischen dem Lig. Poupartii und der Stelle, wo sie sich verschiedentlich gabelt und zwischen den Adduktoren verschwindet. Sodann wurde die rechte femoralis durch eine untergeschobene Metallplatte fixiert und nun auf diese ein Sphygmograph einfachster Konstruktion (einarmiger Hebel mit Hartgummipelotte) befestigt. Die untenstehende schematische Zeichnung B soll das Arrangement verdeutlichen. a ist das Gelenk, in dem sich der Hebel dreht, b dient zur Belastung, c ist die Pelotte, die auf die Arterie (d im Querschnitt gesehen) aufgesetzt ist, e die untergelegte Metallplatte, f der Hebel und g die feine Verlängerung des Hebels zum Schreiben der Kurve. Die linke femoralis wurde durchschnitten und hierein ein feines Glasrohr versenkt, das mit einem Hürthleschen Tonograph in Verbindung stand. Glasrohr und Tonograph waren gefüllt mit einer 10% Lösung von Kal. carbonicum, um die Gerinnung zu verhindern, die aber doch noch relativ schnell eintrat. Immerhin aber genügte die Zeit. Die Bewegungen beider Hebel wurden photographisch aufgenommen. Das Kymographion rotierte in schnellem Tempo, um die Kurven möglichst langgestreckt zu machen. Im ganzen wurden drei Aufnahmen gemacht. Die erste dauerte 12 Pulsschläge, die zweite 80 (mit weniger rasch rotierender Trommel), die dritte gelang nicht mehr, weil schon Gerinnungen in der Arterie selbst eingetreten waren. Alle aufgenommenen Kurven ergaben dasselbe Bild.

Nebenstehende Abbildung A zeigt Kurven der ersten Aufnahme. Diese fiel am deutlichsten aus und läßt am besten alle Einzelheiten sehen. Der mittlere Strich ist die Null-Linie, die untere Kurve die sphygmographische, die obere die mit dem Tonograph erzielte. Die untere Kurve stellt sich also dar als das Resultat einer unblutigen Druckmessung, die obere als das einer gleichzeitigen blutigen.

Schon auf den ersten Blick fällt die große Verschiedenheit beider auf. Während die untere

Kurve das typische Bild einer sphygmographischen wiedergibt, trägt die obere einen ganz anderen Charakter. Vor allem zeigt sich, daß der steile Abfall vom Gipfel fehlt und daß an Stelle dessen ein

Abb. A.



weiteres Steigen zu beobachten ist, und zwar bis zur Rückstoßelevation. Die höchste Erhebung der oberen Kurve entspricht also nicht etwa dem Gipfel der unteren, sondern der Rückstoßelevation. Hierin liegt meiner Ansicht nach ein direkter Beweis für die „aktive" Elastizität der Arterienwandung.

Daß die beiden Kurven verschieden sind, beweist an sich nichts, denn sie sind ja unter ganz wesentlich verschiedenen Bedingungen entstanden. In der oberen sind die Widerstände in der Peripherie maximale, in der unteren nur normale mittlere. Überdies stellen beide ja etwas ganz Verschiedenes dar. Die untere registriert die Bewegungen der Arterienwand, ihre Ausdehnung und Wiederzusammenziehung. *Die obere* Kurve hingegen gibt ein Bild von dem Verhalten des Druckes resp. der Druckschwankungen im Innern der Arterien. Nicht etwa bloß im Stumpf der durchschnittenen und zur Erzeugung der Kurve verwandten Arterie. Denn die Arterien stellen alle untereinander ein mit Flüssigkeit gefülltes kommunizierendes Röhrensystem dar, in dem sich der Druck immer auf gleicher Höhe halten muß und wo sich eventuell Druckschwankungen infolge der geringen Viskosität des Blutes augenblicklich ausgleichen müssen. Wäre in dem Stumpf ein höherer Druck als in den übrigen Arterien, so würde er niemals imstande sein, die immerhin schwer bewegliche Platte des Tonographen zu heben und einige Zeit gehoben zu halten. Vielmehr würde das Blut sofort nach dem Orte des niedrigen Druckes ausweichen und rückwärts nach der nächsten Abzweigungsstelle fließen (was es ja auch in der Tat von d ab tut). Die obere Kurve muß deshalb unbedingt als der Ausdruck der normalen Druckschwankungen innerhalb des ganzen Arteriensystems gelten.

Die beiden Kurven können und sollen ohne weiteres nicht miteinander verglichen werden. Immerhin aber kann aus ihrer Gegenüberstellung und aus der Tatsache, daß sie gleichzeitig aufgenommen worden sind, doch wichtiges gefolgert werden. Die Linie a_1-b_1 der unteren Kurve (Abb. C) entspricht der Tätigkeit des linken Ventrikels, mit ihr korrespondiert in der oberen die Linie a—b. Bei b_1 senkt sich die untere Kurve, folglich ist da die Tätigkeit des linken Ventrikels zu Ende. Die obere steigt dagegen noch weiter bis d. Während also das Arterienrohr sich verengert, nimmt im Innern desselben der Druck noch weiter zu. Wenn nach Beendigung der Tätigkeit des linken Ventrikels der Innendruck der Arterien noch weiter wächst, anstatt infolge des Abflusses des Blutes durch die Kapillaren und des Schlusses der Semilunarklappen zu sinken, so muß in dem Momente eine neue Kraft lebendig geworden, muß unbedingt ein neues blutdruckvermehrendes Element hinzugekommen sein, das eine kräftige Pression auf die Blutsäule ausübt. Da nun gleichzeitig der Querschnitt der Arterien sich verkleinert und da in den „muskulösen" peripherer gelegenen Arterien die Verkleinerung des Querschnittes sich rapider und ausgeprägter zeigt, als in den zentraleren, mehr bindegewebigen resp. mit elastischen Fasern versehenen, so ergibt sich mit Sicherheit, daß dieses neue blutdruckvermehrende Element in einer Kontraktion der tunica media zu suchen ist. Hätten wir es mit einem „passiv" elastischen Rohre zu tun, handelte es sich vielleicht um ein Gummirohr, bei dem Sphygmograph und Tonograph in genau derselben Weise eingesetzt worden wäre, so würden die

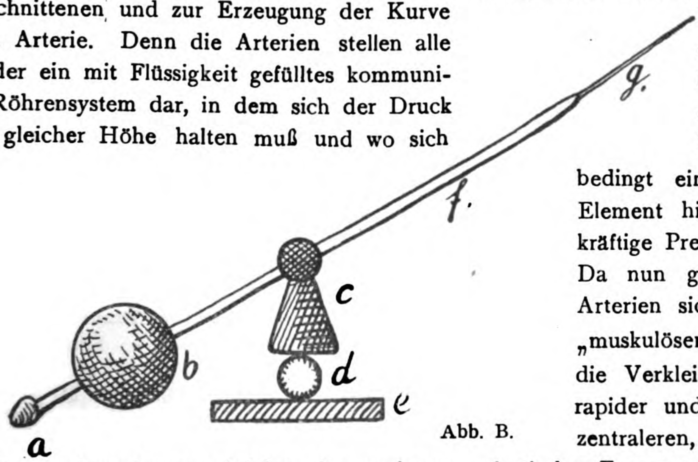


Abb. B.

beiden Kurven sicherlich völlig gleich, oder aber — wenn die Elastizität der Röhrenwandung und der Gummiplatte des Tonographen nicht die gleiche wäre — symmetrisch sein. Niemals aber würden sie eine so große Differenz, ein so geradezu entgegengesetztes Verhalten zeigen. Das ist nur zu erklären durch die „aktive" Tätigkeit der tunica media. Die Arterienwand verengert sich nicht, weil die Pulswelle vorüber ist und sie dadurch „leerer" wird. Dann müßte der Druck innerhalb der Arterie in dem Moment sich vermindern. Er ist gestiegen, folglich muß die Verengerung keine passive, sondern eine aktive sein. Durch die Kontraktion der tunica media schreitet die Pulswelle vorwärts und durch die Kontraktion der tunica media muß dann hinter der Pulswelle der Druck im Innern der Arterie steigen.

Tigerstedts „Pulskurve von der Aorta des Menschen" (s. o.) entspricht übrigens völlig meiner

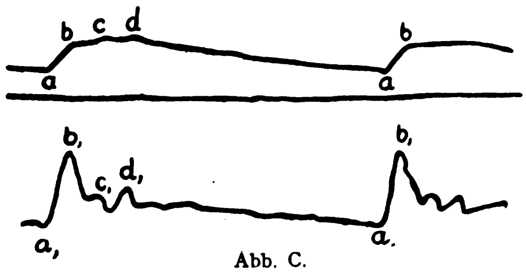


Abb. C.

oberen Kurve. Eine Erklärung dieser für ihn immerhin auffälligen Form gibt Tigerstedt nicht.

Daß das zur Narkotisierung gebrauchte Morphium keine wesentlichen Änderungen in der Zirkulation hervorgerufen hat, geht aus der unteren Kurve hervor.

In der oberen Kurve zeigen sich korrespondierend mit der Rückstoßelevation (d_1) sowohl wie auch mit der unmittelbar davor befindlichen katakroten Zacke (c_1) wellenartige Erhebungen (c und d). Das Arterienrohr erweitert sich und trotzdem fällt der Druck nicht, sondern steigt. Das spricht für meine Anschauungen über die Rückstoßelevation (s. o.). Wäre diese auf den Schluß der Semilunarklappen zu beziehen, oder handelte es sich dabei um elastische Nachschwankungen der Arterienwandung, so müßte der Druck fallen, müßten sich in der oberen Kurve entsprechende Einkerbungen zeigen. Aber wir finden wellenartige Erhebungen, der Druck steigt sogar noch während der katakroten Zacke und der Rückstoßelevation. Es kann also gar nichts anderes sein, als eine Rückstauung von der Peripherie, wo das durch die Kontraktion der tunica media stark gepreßte Blut nicht schnell genug (durch die Kapillaren) abfließen kann und nun die momentane Stauung bewirkt. Übrigens lassen diese Erhebungen in der oberen Kurve, besonders die erste (c), den interessanten Schluß zu, daß man bisher immer das Schleudern bei den Sphygmographen überschätzt hat. Es wird dadurch der Beweis erbracht, daß katakrote Zacken auf keine Schleuderwirkung, sondern vielmehr auf Druckschwankungen zu beziehen sind.

Von dem Punkte d fällt die (obere) Kurve dann in gleichmäßigem Tempo ab bis zum Fuß des nächsten Anstiegs. Die Schwankungen der unteren Kurve markieren sich nicht mehr deutlich in der oberen, sie sind zu unwesentlich. Die anfängliche stürmische Bewegung kommt mehr und mehr zur Ruhe. Wandungsdruck und Binnendruck sind ins Gleichgewicht gekommen, neue druckvermehrende Momente kommen nicht mehr hinzu. Jetzt macht sich der ständige gleichmäßige Abfluß durch die Kapillaren geltend, die obere Kurve fällt in gerader Linie.

Daß die obere Kurve nicht so steil und so hoch ansteigt wie die untere, liegt an den mechanischen Verhältnissen des Tonographen, dessen elastische Platte starken Widerstand bietet und keine großen Exkursionen machen kann. Daß ferner die obere Kurve nicht völlig senkrecht über der unteren steht, wie es wohl zu erwarten wäre, daß also die obere Kurve zeitlich der unteren etwas nachsteht, schätzungsweise 0,01 Sekunde, hat seine Ursache wohl weniger darin, daß der Druck noch ca. $^1/_2$ m Gummischlauch durchlaufen mußte, bis er zum Tonograph kam, als wie darin, daß die elastische Membran des Tonographen, um aus der Ruhe in Tätigkeit zu geraten, eine gewisse Latenzzeit brauchte.

Nach Fertigstellung der vorliegenden Arbeit kommt mir die außerordentlich interessante Monographie Hasebroeks „die Blutsteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Standpunkt"*) zu Gesicht. Gewissermaßen ein Zufall führte sie mir in die Hände, denn sie wird scheinbar sehr wenig zitiert. Ich fand nirgends den Namen des Autors, trotzdem er schon seit Jahren, wie er angibt, für eine aktive Beteiligung der Arterien am Kreislauf eintritt. Nicht einmal in einer Schrift**), die dasselbe Thema — natürlich vom gegenteiligen Standpunkte aus — behandelt, wird sein Name erwähnt. Dadurch ist es erklärlich, daß mir der Name Hasebroek entging und daß ich in der „aktiven" Elastizität etwas Neues gefunden zu haben glaubte, während doch Hasebroek dieselben Anschauungen schon seit Jahren hat. Hasebroeks Beweisführung zugunsten einer aktiven Beteiligung der Arterien beim Vorwärtstreiben des Blutes deckt sich nur zum Teil mit der meinigen, was ja bei zwei völlig voneinander

*) Verlag: Bergmann, Wiesbaden, 1910.

**) „Über den Anteil der Blutgefäße an der Bewegung des Blutes" von Straßburger-Bonn. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 47, 1910.

unabhängigen Arbeiten nicht wunder nehmen kann. Einige wichtige Argumente, die ich übersehen habe, bringt H. in vortrefflicher, anschaulicher Form. Er vergleicht die Druckkurve des linken Ventrikels mit der des rechten und ferner Ventrikel und Aortenkurve, welch letztere er unter genauer Deckung der Zeitmarken übereinander gelegt hat. Daraus ist allerdings manches zu folgern, was zugunsten unserer gemeinsamen Anschauung spricht. Wegen Einzelheiten muß ich auf das Original verweisen.

Was den übrigen Inhalt der ausgezeichneten Arbeit anlangt, so trennen sich hier unsere Wege. Der Annahme einer aspiratorischen Tendenz der kleinen und kleinsten Arterien kann ich nicht beistimmen, ebenso wenig den Schlußfolgerungen, die Hasebroek des weiteren in seinem Buche zieht.

Wenn nun also die grundlegenden Anschauungen über Arterienfunktion andere sein müssen, als wir sie bisher gehabt haben, so dürften wir in der Lage sein, unsere Ansichten auch in der Pathologie dieses Gebietes einigermaßen korrigieren zu müssen. Ein Fehler, der aus dem Physiologischen ins Pathologische übernommen wird, wird sich gerade dadurch noch besonders als solcher charakterisieren, daß er das pathologische Bild in ausgesprochener Weise unklar und verworren macht. In der Tat zeigt sich das auch bei der einfachsten und verbreitetsten Erkrankung der Arterien, bei der Arteriosklerose.

Schon der Begriff der Arteriosklerose ist unklar. Der eine faßt ihn eng, der andere weit. Mancher identifiziert die Arteriosklerose mit der ausgebildeten Verkalkung und mancher andere zählt schon eine leicht geschlängelte, prominente, nicht harte Temporalarterie bei jüngeren Individuen dazu. Es gibt freilich bei dieser chronischen Arterienveränderung kein sicheres Kriterium, aus dem wir den genauen Stand mit Sicherheit feststellen könnten. Das bleibt immer erst Sache der Autopsie und dann kommt die Erkenntnis eben post festum. Ebenso unklar ist die Ätiologie. Momentan stehen sich da zwei Ansichten gegenüber, die Thomasche und die von der arteriellen Hypertension, d. i. vom vermehrten Blutdruck. Beide scheinen sich gegenseitig auszuschließen, haben aber jede zahlreiche Anhänger. Einige Autoren suchen zu vermitteln, z. B. Ortner (Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 1910, Heft 2, S. 15), der beides gelten lassen will. Er sagt: „Bei den meisten Fällen spielt eine verminderte Dehnbarkeit der elastischen Gewebe eine große Rolle für das Zustandekommen der Gefäßveränderungen. Sei es nun, daß diese Veränderung der elastischen Kraft als einfache Folge des Alterns und der Abnutzung anzusehen ist, sei es als Folge des erhöhten Blutdruckes, der das Gewebe in verstärktem Ausmaße schädigt." — Andere wieder verneinen beides, z. B. Huchard (Medizinische Klinik, 1909, Nr. 35, S. 1319), dem die Thomasche Theorie „wenig rationell" ist, „da sie keine praktische Bestätigung findet", und der auch die arterielle Hypertension, „von der man viel zu viel gesprochen hat", verwirft. Was man an Stelle dessen setzen will, ist wenig befriedigend, denn nach Huchard müßte z. B. ein „entchlorter Milchvegetarier", der nicht raucht und trinkt, keine Syphilis und Gicht hat, mit Blei nichts zu tun hat und sich geistig und körperlich nicht überanstrengt, absolut sicher vor der Arteriosklerose sein. Und das dürfte doch wohl kaum der Fall sein. In letzter Zeit neigt man mehr zu der Theorie des erhöhten Blutdrucks, ohne aber für das Zustandekommen desselben eine befriedigende Erklärung gefunden zu haben.

Es hat wohl kein Gebiet in der ganzen Medizin eine solche Literatur, wie gerade die Arteriosklerose, und daß trotzdem solche Widersprüche nicht geklärt werden konnten, muß doch den Gedanken nahe legen, daß ein grundlegender Irrtum vorliegt, daß nicht in der Pathologie, sondern auf physiologischem Gebiete der Fehler zu suchen ist. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Die neue (3.) **oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Haar** (siehe Nr. 1 dieses Jahrganges der Wochenschrift S. 1) mit zunächst 750 Betten für Erwachsene und 50 für Kinder ist nunmehr fertiggestellt und wird im November feierlich eingeweiht werden, wenn der Landrat (Provinzial-Landtag) zu seiner alljährlichen Tagung einberufen ist. Um schon vorher die Überführung von Kranken aus der stark überfüllten Anstalt Eglfing zu ermöglichen, wurde am 19. Oktober in einer intimen Feier die Anstalt eröffnet und ihrem künftigen Leiter, Direktor Dr. Blachian, früher Oberarzt in Werneck, übergeben. Am 21. Oktober hat die allmähliche Überführung von 350 Kranken aus der Anstalt Eglfing begonnen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Der Assistenzarzt an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dr. Paul Geyer wurde als Anstaltsarzt angestellt.

— **Buch b. Berlin.** Dem Direktor der städt. Irrenanstalt in Buch, San.-Rat Dr. Richter, wurde der Charakter als Geheimer San.-Rat verliehen.

— **Herzberge b. Berlin.** Dem Oberarzt an der städt. Irrenanstalt Herzberge, San.-Rat Dr. Otto, wurde der Charakter als Geheimer San.-Rat verliehen.

— **Dalldorf b. Berlin.** Dem Oberarzt an der städt. Irrenanstalt Dalldorf, San.-Rat Dr. Kortum, wurde der Charakter als Geheimer San.-Rat verliehen.

— **Berlin-Schöneberg.** Dem Besitzer und Direktor der Maison de Santé, Dr. Walter Levinstein, wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

— **Eglfing.** Anstaltsärzte Dr. K. Brandl und Dr. K. v. Hoesslin wurden in die 9. Klasse der staatlichen Gehaltsordnung überführt. — Oberarzt Dr. Th. Troll (Gabersee) und Anstaltsarzt Dr. M. Theobald (Kaufbeuren) wurden an die Heil- und Pflegeanstalt Eglfing versetzt.

Anhang.

Ruhr, Typhus, Paratyphus u. Bakt. Koli-Infektion nach neueren Forschungen.

(Schluß.)

Für die anscheinend spontan entstehenden Koliinfektionen der Harnwege hat C. Franke*) den Nachweis erbracht, daß die Möglichkeit einer Infektion von den Nieren aus, einer deszendierenden Nieren-Koliinfektion, gegeben ist. Er hat nämlich „bei der Injektion der Dickdarmlymphgefäße gesehen, daß außer den üblichen Bahnen entlang den Gefäßen vom Kolon ascendens Lymphbahnen zur Kapsel der rechten Niere und zu den lumbalen Drüsen gehen, während die Bahnen entlang den Gefäßen vom Kolon descendens ohnehin über die Kapsel der linken Niere ziehen." Da die Bahnen der Niere mit denen der Kapsel kommunizieren, so bestehe rechts sicher, links wahrscheinlich eine Lymphgefäßverbindung vom Darm zur Niere. Bei mit Opium gestopften Tieren fand Franke, daß nach vier bis fünf Tagen Bakterium koli in die mesenterialen Lymphdrüsen übertrat, trotzdem keine völlige Stuhlverhaltung bestand. Aus obigem Grunde ist auch die Pyelitis rechts häufiger als links. Am häufigsten ist die Koliinfektion der Harnwege bei Enteritis follikularis der Kinder. Franke empfiehlt Trinkkuren, Urotropin, Myrmalyd, Kalium chloricum, eventuell Blasen- und Nierenbeckenspülungen. Oft ist es trotz jahrelanger Behandlung nicht möglich, die Bakterien aus den Harnwegen zu vertreiben; es besteht dann latente Bakteriurie, die gelegentlich, z. B. relativ oft bei Schwangerschaft als Pyelitis, zur Geltung kommt.

Heß**) gelang es, bei Kaninchen durch Injektion von Kolibazillen (verschiedene Stämme, aus Typhusstühlen, aus einer Zystitis und aus Stuhl von gesunden Menschen gewonnen) in die Niere, in das subkutane Gewebe und in die Muskeln, sowie in Pleura und Perikard Eiterherde und Abszesse zu erzeugen. Bazillus koli ist danach den Eitererregern zuzurechnen. Impfung mit einer Mischkultur von Bazillus koli + Staphylokokkus ergab, daß beide Organismen lange Zeit nebeneinander leben können, ersterer bedingt nicht notwendig ein Absterben anderer Mikroorganismen.

*) Über die Koliinfektion der Harnwege. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 44.

**) Experimentelle Untersuchungen über das Bakterium koli als Eitererreger. Deutsch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 30.

Nachtrag. Die auf S. 279 in Nr. 24 enthaltenen Angaben über die verstärkte Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches sind gemäß authentischer amtlicher Information wie folgt zu berichtigen und zu ergänzen: Die vom Reiche bereits gestellten Mittel betrugen 1903 bis 1905 jährlich 150000 M. dann 200000 M.; für 1910 sind sie auf 175000 M. und für 1911 auf 150000 M. wieder herabgesetzt worden; die Gesamtsumme der vom Reiche und den beteiligten Staaten in den Jahren 1903 bis 1911 aufgewandten Kosten war rd. 2500000 Mark. Die Untersuchungsstationen in Saarlouis, Neunkirchen, Kaiserslautern, Hagenau und Diedenhofen bestehen seit dem 1. April 1910 nicht mehr. Die Zahl der Typhuserkrankungen im Gebiete der Typhusbekämpfung betrug im Jahre 1901 3491; für 1912 dürfte die Zahl wohl noch nicht feststehen, dagegen betrug sie für 1911 1596 Erkrankungen.

* * *

Ratschläge für Ärzte bei Typhus und Ruhr.

Bearbeitet im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

(Ausgabe 1912.)

(Abgedruckt mit gütiger Genehmigung des Herrn Präsidenten des Kaiserl. Gesundheitsamts, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei.)

1. Anzeige. Für die wirksame Bekämpfung des Unterleibstyphus und der übertragbaren Ruhr (Dysenterie) ist es notwendig, daß außer den klinisch sichergestellten Typhus- und Ruhrerkrankungen auch jeder typhus- oder ruhrverdächtige Krankheitsfall unverzüglich der Behörde gemeldet wird.

Ist bei der Ankunft des Arztes der Kranke bereits verstorben, so ist gleichfalls unverzüglich Anzeige an die Behörde zu erstatten; auch ist dafür Sorge zu tragen, daß die Leiche und die von dem Verstorbenen benutzten Gegenstände bis zur weiteren Bestimmung der zuständigen Behörde in einer der Weiterverbreitung der Krankheit vorbeugenden Weise verwahrt werden.

2. Verhalten in verdächtigen Fällen. Bis zur Feststellung der Art des Leidens sind bei typhus- oder ruhrverdächtigen Erkrankungen dieselben Maßregeln zu ergreifen, wie bei den festgestellten Erkrankungen.

3. Verbreitungsweise. Die Krankheit pflanzt sich durch Übertragung der Krankheitskeime von Mensch auf Mensch fort. Diese Übertragung erfolgt entweder unmittelbar im persönlichen Verkehre, z. B. durch beschmutzte Hände (eigentlicher Kontakt), oder mittelbar durch infizierte Gegenstände, wie Leib- und Bettwäsche, Kleider, Eß- und Trinkgeschirr, Nahrungsmittel u. a. Gelangen die Krankheitserreger in Trinkwasser oder Milch, so kann es zu Massenerkrankungen und explosionsartigen Ausbrüchen kommen. Auch Fliegen können zur Verbreitung

beitragen, indem sie die Krankheitserreger von Ausscheidungen und infizierten Gegenständen auf Nahrungsmittel übertragen.

Für die bei der Bekämpfung des Typhus und der Ruhr überaus wichtige Auffindung der Krankheitsquellen ist die Mitwirkung der praktischen Ärzte unentbehrlich und von großem Vorteil. Krankheitsquellen sind zunächst die Kranken selbst, die in den Stuhlentleerungen — bei Typhus oft auch im Harn — reichlich die Krankheitskeime absondern. Besonders gefährlich sind die Leichtkranken, die nicht an das Bett gefesselt sind und daher den Ansteckungsstoff überallhin auszustreuen vermögen. Auch Genesene können nach ihrer Wiederherstellung noch monate- und bei Typhus selbst jahrelang die Krankheitskeime ausscheiden (Dauerausscheider). Nicht selten befinden sich ferner in der Umgebung der Kranken solche Personen, die, ohne selbst erkrankt zu sein, den Ansteckungsstoff aufgenommen haben und ausscheiden (Bazillenträger). Bei Typhus geht die Ansteckung zuweilen schon von solchen Fällen aus, bei denen die Krankheit erst begonnen hat und ein ausgesprochenes klinisches Krankheitsbild noch nicht vorliegt (Frühkontakte).

4. Feststellung der Diagnose. Es empfiehlt sich, daß der Arzt in jedem Falle so frühzeitig wie möglich je eine Probe des Blutes und der Ausleerungen an die zuständige bakteriologische Untersuchungsstelle unter Angabe der näheren Umstände einsendet.

Durch die Untersuchung des Blutserums kann bei zweifelhaften Fällen von Typhus oder Ruhr die Diagnose häufig rasch geklärt und oft auch nach erfolgter Genesung noch sicher gestellt werden. Außerdem lassen sich im Blute Typhuskranker sehr häufig, namentlich in der ersten Zeit der Erkrankung, durch Züchtung Typhusbazillen nachweisen. Zu letzterem Zwecke ist die Einsendung einer größeren Blutmenge (1 bis 2 ccm) angezeigt, während für die Serumuntersuchung schon die Einsendung von etwa 1/4 ccm Blut genügt. Die erforderlichen Blutmengen werden zweckmäßig durch einen Stich in das Ohrläppchen oder einen kleinen Einschnitt gewonnen. Das Blut wird am besten unmittelbar in einem kleinen, engen Reagenzröhrchen aufgefangen, wie solche gemäß der nachfolgenden Ziffer 5 zum Versand abgegeben werden; das Röhrchen ist durch einen Kork- oder Gummistopfen fest zu verschließen.

Auch Ausleerungen und Blutproben anscheinend gesunder Personen sind einzusenden, sofern diese Personen dem Arzte verdächtig erscheinen, Träger des Ansteckungsstoffs zu sein.

Da eine einmalige bakteriologische Untersuchung, wenn sie negativ ausfällt, noch nicht sicher beweist, daß kein Typhus vorliegt, so sind die Proben wiederholt einzusenden.

Bekommt ein Arzt in einem Orte einen Typhus- oder Ruhrkranken in Behandlung, so ist es sehr erwünscht, daß er die Ursache und die Herkunft der Krankheit zu ergründen sucht und nachforscht, ob nicht noch weitere verdächtige Fälle in der Umgebung des Kranken oder sonst im Orte sind.

5. Versendung des Untersuchungsmaterials. Die Einsendung von Proben an amtliche bakteriologische Untersuchungsanstalten erfolgt am besten mit der Briefpost. Es sind dabei Versandgefäße zu benutzen, die in ausgehöhlte Holzklötze und Blechbehälter sich einschieben lassen und von den durch die Behörden bekanntgegebenen Stellen unentgeltlich bezogen werden können (z. B. in Preußen und Bayern von den Apotheken).

In jedem Falle müssen die Sendungen fest verschlossen und mit deutlicher Adresse, mit Namen und Wohnung des Absenders sowie mit dem Vermerke: „Vorsicht Untersuchungsmaterial" versehen werden.

Bei der Beförderung als Postpaket ist die Sendung als „dringendes Paket" aufzugeben.

Jeder Sendung ist ein Schein beizugeben, auf dem verzeichnet sind Name, Geschlecht, Alter und Wohnort des Erkrankten, die mutmaßliche Art der Erkrankung, der Tag des Beginns der Erkrankung, der Tag des etwaigen Todes, der Zeitpunkt der Entnahme des Materials, der Name und Wohnort des Arztes, der das Material entnommen hat, und die Stelle, welcher das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt werden soll.

Unmittelbar nach der Entnahme sind die Proben sobald als möglich zu verpacken und zu versenden, weil sonst das Ergebnis der Untersuchung in Frage gestellt wird.

6. Absonderung des Kranken. Der Kranke ist abzusondern; seine Pflege ist, wenn irgend möglich, berufsmäßigen Krankenpflegern zu übertragen. Ist die Absonderung in seiner Behausung nicht möglich, so ist darauf zu dringen, daß der Kranke in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum übergeführt wird. Dies gilt namentlich dann, wenn der Kranke in einem Gasthaus, einer Erziehungs-, Pflege-, Gefangen- oder ähnlichen Anstalt, einem Schulgebäude, einer Milch-, Gemüse- oder anderen Lebensmittelhandlung oder auf einem Schiffe wohnt, oder wenn die Angehörigen des Kranken durch diesen besonders gefährdet sind (z. B. bei großer Unreinlichkeit, Mangel an Pflege, Vorhandensein vieler Kinder).

Da Kranke die Ansteckungskeime noch eine Zeitlang nach ihrer klinischen Genesung in ihrem Körper beherbergen und mit den Ausscheidungen entleeren können, so sollten sie so lange abgesondert bleiben, bis sich ihre Ausscheidungen als frei von Krankheitskeimen erwiesen haben. Es sind hierzu vom zehnten Tage nach der Entfieberung ab in etwa achttägigen Zwischenräumen so lange Stuhl und bei Typhus auch Harn an die bakteriologische Untersuchungsstelle einzusenden, bis zwei- oder dreimal hintereinander die Entleerungen sich als frei von Krankheitskeimen erwiesen haben. Ist letzteres nach Ablauf von zehn Wochen, vom Beginne der Erkrankung ab gerechnet, noch nicht der Fall, so kann die Absonderung zwar aufgehoben werden, jedoch sind die betreffenden Personen dann nach den Bestimmungen über Bazillenträger zu behandeln.

7. Belehrung der Umgebung des Kranken. Das Wartepersonal und die Umgebung des Kranken sind auf die Ansteckungsgefahr hinzuweisen und über deren Verhütung an der Hand des Typhus- und des Ruhr-Merkblatts*) zu unterrichten. Namentlich sind sie auf die Notwendigkeit einer gründlichen Desinfektion der Hände hinzuweisen, sowie darauf, daß sie sich des Essens im Krankenraum enthalten und eine Beschmutzung der Kleider und des Fußbodens durch Verspritzen der Ausleerungen des Kranken vermeiden sollen.

Auf die unschädliche Beseitigung der Ausleerungen des Kranken sowie des Badewassers und auf die Vornahme der erforderlichen Desinfektionen ist mit besonderem Nachdruck hinzuwirken. Die Desinfektion hat nach der hierfür erlassenen Desinfektionsanweisung zu erfolgen (vgl. die nachstehende Anmerkung).

Anmerkung.

Als Desinfektionsmittel werden empfohlen:

1. Verdünntes Kresolwasser (2,5 prozentig). Zur Herstellung werden entweder 50 ccm (d. h. drei bis vier Eßlöffel) Kresolseifenlösung (Liquor Cresoli saponatus des Arzneibuchs für das Deutsche Reich) oder $^1/_2$ Liter Kresolwasser (Aqua cresolica) mit Wasser zu 1 Liter Desinfektionsflüssigkeit aufgefüllt und gut durchgemischt.

2. Kalkmilch. Frisch gebrannter Kalk wird unzerkleinert in ein geräumiges Gefäß gelegt und mit Wasser (etwa der halben Menge des Kalkes) gleichmäßig besprengt; er zerfällt hierbei unter starker Erwärmung und unter Aufblähen zu Kalkpulver.

Die Kalkmilch wird bereitet, indem zu je 1 Liter Kalkpulver allmählich unter stetem Rühren 3 Liter Wasser hinzugesetzt werden.

Falls frisch gebrannter Kalk nicht zur Verfügung steht, kann die Kalkmilch auch durch Anrühren von je 1 Liter gelöschten Kalk, wie er in einer Kalkgrube vorhanden ist, mit 3 Litern Wasser bereitet werden. Jedoch ist darauf zu achten, daß in diesen Fällen die oberste, durch den Einfluß der Luft veränderte Kalkschicht vorher beseitigt wird.

Die Kalkmilch ist vor dem Gebrauch umzuschütteln oder umzurühren.

3. Chlorkalkmilch wird aus Chlorkalk (Calcaria chlorata), der in dicht geschlossenen Gefäßen vor Licht geschützt aufbewahrt war und stechenden Chlorgeruch besitzen soll, in der Weise hergestellt, daß zu je 1 Liter Chlorkalk allmählich unter stetem Rühren 5 Liter Wasser hinzugesetzt werden. Chlorkalkmilch ist jedesmal vor dem Gebrauche frisch zu bereiten.

Ausscheidungen des Kranken (Stuhlgang, bei Typhus auch Erbrochenes, Harn und Auswurf) sind in Nachtgeschirren, Steckbecken oder dergleichen aufzufangen und alsdann sofort mit der gleichen Menge von Kalkmilch oder verdünntem Kresolwasser zu übergießen. Die Gemische dürfen erst nach mindestens zweistündigem Stehen in den Abort geschüttet werden.

Badewässer sind mit Chlorkalkmilch oder Kalkmilch zu desinfizieren; von der Chlorkalkmilch ist so viel hinzuzusetzen, daß das Gemisch nach kräftigem Umrühren stark nach Chlor riecht, von der Kalkmilch so viel, daß das Gemisch kräftig rotgefärbtes Lackmuspapier deutlich und dauernd blau färbt; in allen Fällen darf die Flüssigkeit erst zwei Stunden nach Zusatz des Desinfektionsmittels beseitigt werden, aber nicht in der Nähe von Brunnen. Mit Rücksicht auf Ventile und Ableitungsrohre empfiehlt es sich, hier eine durch Absetzen oder Abseihen geklärte Chlorkalkmilch zu verwenden.

*) Behörden sowie gemeinnützige Körperschaften und Vereine können Abzüge dieser Merkblätter vom Kaiserl. Gesundheitsamte zu Berlin unentgeltlich beziehen, einzelne Exemplare auch Privatpersonen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 31. 2. November 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit.

Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kiel am 31. Mai 1912

von Dr. *Wanke*, Nervenarzt in Friedrichroda i. Th.

Im März 1911 lud die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" ihre Mitglieder zur Jahresversammlung ein, welche diesmal in Dresden tagen sollte.

Die Frage stand zur Erörterung, in wie weit mangelnde oder ungenügende Befriedigung der Geschlechtsfunktion imstande sei, krankhafte Zustände auszulösen oder zu steigern.

Man hatte es für angezeigt gehalten, auch an Nicht-Mitglieder der Gesellschaft Einladungen ergehen zu lassen, in der richtigen Erkenntnis, daß alle Ärzte in dieser Frage würden mitsprechen können, welche persönliche Erfahrungen auf dem in Rede stehenden Gebiet gemacht hätten, und so waren vor allem auch eine Anzahl Ärzte für Nervenleiden aufgefordert worden, sich an den Beratungen der Gesellschaft und an der Diskussion zu beteiligen, und zwei Nervenärzte von bekanntem Ruf hatten die einleitenden Referate übernommen.

Wer vorher noch nicht von der Wichtigkeit der Frage überzeugt gewesen wäre, der wäre es sicher geworden durch die Dresdener Verhandlungen und besonders durch die Diskussion, welche nichts weniger atmete als eine durchgehende Klarheit und allseitige Übereinstimmung. Man hat ja ähnliches schon öfter beobachten können bei Kongreßverhandlungen über ärztliche Fragen. Hier jedoch handelt es sich offenbar um einen ganz speziellen Umstand, der mir wichtig genug erscheint, hier vorgetragen zu werden. Man konnte nämlich beobachten, daß sowohl die Fragestellung wie auch die Erfahrungen und Voraussetzungen der Ärzte, welche zur Diskussion redeten, bei nahezu allen Rednern verschieden waren. Es herrschte keine Einigkeit, weder in der praktischen Auffassung der Frage noch in der Würdigung der Gesichtspunkte und Methoden, nach welchen man, um ein wissenschaftlich einwandfreies Resultat zu erzielen, an diese Fragen herantreten muß, wenn man nicht von vornherein die Gefahr heraufbeschwören will, daß die ärztlichen Meinungen sich in nahezu ebenso viele Einzelurteile zersplittern, wie sich Köpfe mit ihnen beschäftigen.

Es ist mir unmöglich, hier alle verschiedenen Meinungen und Ansichten zu rekapitulieren, wie sie auf dem Kongreß zum Ausdruck kamen und teilweise recht hart aufeinander stießen. Die Verhandlungen waren aber für jeden Arzt von hoher Bedeutung, und ich kann nur empfehlen, sie nachzulesen, sie sind in einem 260 Seiten umfassenden Sonderdruck bei J. A. Barth in Leipzig erschienen.

Was nun bei den Dresdener Kongreßverhandlungen als unzulänglich besonders hervortrat, war der Umstand, daß die ganze Frage nicht von allen Seiten eine genügende Würdigung fand sub spezie psychologiae. Wenn auch erfreulicherweise die Mehrzahl der Ärzte — allen voran Eulenburg in seinem lichtvollen Referat — ein volles Verständnis für die psychologische Seite der Frage bewiesen, so konnte man doch auch Behauptungen hören, die das psychologische Moment zu wenig berücksichtigten. Und dies war die eigentliche Ursache dafür, daß die Ausführungen und Vorschläge der einzelnen Redner mehr oder weniger voneinander abwichen. Es dürfte aber wohl darüber kein Zweifel bestehen, daß alle die Ärzte nicht zuständig sind, über diese praktisch so wichtigen Fragen zu urteilen, welche die psychische Seite nicht voll würdigen können, welche mit andern Worten nicht psychologisch vorgebildet und deshalb

nicht fähig sind, die subjektiven Angaben der Patienten kritisch zu werten und das, was bei der Untersuchung dieser Fälle an pathologisch-anatomischer Sicherheit und Grundlage fehlt, durch Erfahrung auf klinisch-psychologischem Gebiet gepaart mit eigenem psychologischen Denken zu ersetzen. Das ist, wie man mir einwenden könnte und wie es in der Tat ähnlich auf dem Kongreß behauptet wurde, kein Zurückfallen in alte Mystik und Spekulation, sondern das heißt: der psycho-physiologischen Richtung im Denken und Forschen Rechnung tragen, das heißt: die Menschen von heute in ihrem mehr und mehr vergeistigten Sein verstehen wollen, und dazu gehört nicht immer und in allen Fällen eine pathologisch-anatomische Beweisführung und Begründung, dazu gehört, wollen wir uns nicht dem Vorwurf der Rückständigkeit aussetzen, ein auf klinisch-psychologischer Grundlage basierendes Eingehen auf alle zum Teil imponderabeln Lebensäußerungen der Gesunden ebenso wie der Kranken, und wenn ich hier in diesem speziellen Fall die Forderung aufstelle, nicht an der historisch gewordenen mechanischen Weltanschauung festzuhalten und ohne Voreingenommenheit immer mehr auch die psychischen Lebensäußerungen des Menschen zu studieren und zu werten, dann tu ich nur, was auf anderen Gebieten schon so viele andere getan haben und wozu u. a. vor rund 20 Jahren schon Eulenburg ermahnt hat, wenn er schrieb: „... der Zug der Zeit, die Triebkraft und Energie einer mächtig aufstrebenden jüngeren Forscher- und Ärztegeneration drängt einmal unverkennbar in die lange vernachlässigten Bahnen empirisch-psychologischer und psychotherapeutischer Forschung."

Dieselbe Forderung hat kürzlich auch Bonhoeffer in seiner Antrittsvorlesung in Berlin betont, indem er von der Eigenart der Psychiatrie anderen Disziplinen gegenüber sprach und vor allem auf zweierlei hinwies: 1. daß die Psychiatrie das einzige medizinische Fach sei, wo der Arzt oft allein aus den subjektiven Beschwerden der Kranken seine Schlußfolgerungen ziehen und die Diagnose stellen müsse, und 2. daß kein anderes Fach der Medizin uns so sehr die Notwendigkeit aufdringe, den ganzen Menschen zu studieren und zu erfassen, wie gerade das Gebiet der seelischen Krankheiten.

Die Aufgabe des Seelenarztes ist damit aber noch nicht erschöpft.

Helmholtz hat mal den Ausspruch getan, daß jeder Naturforscher, der zu umfassenden Vorstellungen gelangen wolle, etwas von der Phantasie des Dichters besitzen müsse, um erfolgreich zu sein. In ähnlichem Sinn hat sich auch Liebig geäußert. Nun, unseren Kranken gegenüber sind auch wir Naturforscher, und wer wollte es wohl leugnen, daß auch der Arzt, insonderheit der Seelenarzt, über eine gewisse künstlerische Auffassungsgabe dem Kunstwerk ‚Mensch' gegenüber, und über eine gewisse intuitive Erkenntnis verfügen muß?

Das alles aber können wir, von einer vielleicht notwendigen natürlichen Veranlagung dazu abgesehen, nur dadurch für uns gewinnen, wenn wir uns einer möglichst subtilen psychologischen Durchforschung des Menschen befleißigen und auch das philosophische Denken nicht ganz beiseite lassen.

Wenn ich nun kurz über die Dresdener Verhandlungen sprechen darf, soweit sie uns hier interessieren, so mußte es von vornherein auffallen, daß im Anschluß an die generelle Frage, ob mangelnde oder ungenügende Befriedigung der Geschlechtsfunktion imstande sei, krankhafte Zustände auszulösen oder zu steigern, die Unterfrage keine einstimmige Erledigung fand, ob man organische oder funktionelle oder aber organische und funktionelle Erkrankungen zu untersuchen habe.

Während einzelne Redner mehr oder weniger dahin neigten, nur die mit pathologisch-anatomischen Veränderungen einhergehenden Zustände als wirkliche Gesundheitsschädigungen zu betrachten, zumal auch nur solche Erkrankungen mit Sicherheit feststellbar wären, so fehlte es doch nicht ganz an anderen Stimmen, welche auf den vorwiegend funktionellen Charakter der Störungen hinwiesen und welche dagegen Verwahrung einlegten, daß nur die mit nachweisbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen einhergehenden Erkrankungen als wirkliche krankhafte Veränderungen aufgefaßt werden sollten.

Es erübrigt, in diesem Kreise auf die alte Streitfrage einzugehen, ob wir anatomische Veränderungen auch in solchen Fällen annehmen dürfen oder sollen, wo wir von funktionellen Erkrankungen sprechen, anatomische Veränderungen, denen gegenüber, wie man jetzt wohl allgemein annimmt, nur unsere bisherigen Untersuchungsmittel als unzureichend sich erweisen.

Wir kommen hier aber gleich auf den Kern der Frage. Es herrscht wohl darüber kein Zweifel, daß es sich bei den sogenannten Abstinenzerkrankungen, ob vorwiegend oder nicht, lasse ich dahingestellt, auch um funktionelle Erkrankungen handelt und daß diesen Erkrankungen gegenüber Hörrohr und Perkussionshammer, noch weniger aber Seziermesser und Mikroskop, nicht als zuverlässige Untersuchungs-

mittel gelten können, sondern daß wir eben auch hier, nach Bonhöffers Ausspruch, mehr oder weniger auf die subjektiven Angaben des Kranken angewiesen sind und bestrebt sein müssen, den ganzen Menschen zu erfassen, wollen wir ihn verstehen und seine Krankheit richtig deuten.

Um das letztere aber zu können, müssen wir Übung haben in der psychologischen Erforschung des Menschen, müssen wir imstande sein, die Unsicherheit und Unzuverlässigkeit seiner subjektiven Angaben auszugleichen durch um so größere Geschicklichkeit, wahre und falsche Angaben des Patienten voneinander zu sondern. Dazu hat aber einzig und allein der psychologisch geschulte Psychiater die nötige Vorbildung, Übung und Geschicklichkeit.

Auch auf dem Dresdener Kongreß wurden, wie schon angedeutet wurde, Stimmen laut, die sich, teilweise mit Entschiedenheit, dafür aussprachen, daß wir es bei Abstinenzerkrankungen mit vorwiegend funktionellen Erkrankungen zu tun haben, was für den Psychiater wohl keinem Zweifel unterliegt. Wenn aber dort von der Unsicherheit der Untersuchung, ja, von der Unmöglichkeit, funktionelle Störungen nachzuweisen, „soweit sie sich in den zentripetalen und zentrifugalen Bahnen abspielen", besser gesagt: äußern, gesprochen wurde, so müssen wir doch vom psychiatrischen Standpunkt aus Verwahrung dagegen einlegen, als seien unsere mit der psychologischen Methode gewonnenen Untersuchungsergebnisse weniger zuverlässig zu nennen, als die Ergebnisse der Ärzte, welche bei ihren Untersuchungen „objektiv-sichere", soll heißen anatomische Veränderungen feststellen können, und müssen der Behauptung mit Entschiedenheit entgegentreten, daß man Abstinenzschädigungen nur da annehmen dürfe, wo anatomisch-pathologische Grundlagen sich dafür ergeben.

Aus den Erwägungen nun, welche uns nur jene Ärzte als kompetent erscheinen lassen, Abstinenzerkrankungen zu werten und zu behandeln, welche über hinreichende psychologische und psychiatrische Kenntnisse verfügen, ergibt sich ohne weiteres die weitere Forderung, daß auch nur diese Ärzte gefragt werden sollten, wenn es sich um das so weit reichende Gebiet der Sexualpädagogik handelt.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß es sich in der Sexualpädagogik, zu der ja auch die hypermoderne sexuelle Aufklärung in engster Beziehung steht, um eines der schwierigsten Probleme handelt, welche dem Arzt überhaupt begegnen können. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß der Begriff Sexualpädagogik keineswegs ein einfacher und durchsichtiger, daß er vielmehr ein außerordentlich komplexer Begriff ist, denn es gehört ein sehr komplexes Wissen zu seiner adäquaten Erfassung. Es kommen bei dem, was man unter Sexualpädagogik verstehen sollte, in Betracht: zunächst allgemeines ärztliches Wissen, dann spezielle klinisch-psychologische und psychiatrische Erfahrung, ferner Pädagogik und endlich Anthropologie, soweit es ihre Aufgabe ist, als pragmatische Wissenschaft unsere Menschenkenntnis zu erweitern.

Wenn wir uns dies vergegenwärtigen, dann werden wir uns sagen müssen, daß unter den heutigen Verhältnissen nur der Psychiater es sein kann, der auf dem in Rede stehenden Gebiet allen Ansprüchen gerecht zu werden vermag, dann nämlich, wenn er sein Wissen auf jener breiten Unterlage gründet.

Aus alledem aber folgt, daß die angeregte Frage vor das Forum der Psychiatrie gehört, die Frage nämlich: wie weit ist mangelnde oder ungenügende Befriedigung der Geschlechtsfunktion imstande, krankhafte Zustände auszulösen oder zu steigern? — Dann aber auch die Unterfrage, welche sich aus dieser Oberfrage herleitet, nämlich: wie haben wir den einzelnen Fall zu bewerten hinsichtlich der Prophylaxe und der Therapie, und welche allgemeinen Forderungen haben wir aus den induktiv gewonnenen Ergebnissen mit Hilfe eines möglichst komplexen Wissens zu ziehen in Hinsicht auf eine rationelle Sexualpädagogik?

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß es nicht meine Absicht sein konnte, diese Fragen selbst hier auch nur flüchtig abzuhandeln; ganz abgesehen davon, daß ja der Gegenstand selbst für den Psychiater nichts Neues bietet.

Aber meine Absicht war es doch, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Dresdener Verhandlungen hinzulenken, in denen sich ja nur gewisse Überzeugungen und Bestrebungen spiegeln, welche heute weit über das Gebiet der ärztlichen Wissenschaft hinaus die Menschheit beschäftigen und beunruhigen und, wir dürfen wohl sagen, den einzelnen immer mehr bedrohen; die aber auch in vielen Fällen bereits Früchte gezeitigt haben, welche mit ärztlichem Wissen und Gewissen nicht immer in besten Einklang gebracht werden können.

Aus diesem Grunde war ich bestrebt, das Interesse des Deutschen Vereins für Psychiatrie darauf hinzulenken, daß die wichtige Frage, die ja, wie wir gesehen haben, mit der Untersuchung, ob es Abstinenzschädigungen gibt, an sich nicht abgetan ist, die vielmehr sehr weit übergreift auch auf das prak-

tische Gebiet der Sexualpädagogik, daß diese Frage also uns vor eine ernste Aufgabe stellt, die unser allgemeines und volles Interesse in Anspruch nehmen sollte.

Wenn meine Darlegungen dazu führen sollten, daß der Deutsche Verein für Psychiatrie der angeregten Frage in irgendeiner Form näher träte, dann würden das mit mir viele mit Freuden begrüßen.

Arterienfunktion und Arteriosklerose.

Von San.-Rat Dr. *Lots*, Friedrichroda (Thür.).

(Schluß.)

Mit dem Nachweis der „aktiven“ Elastizität der Arterien, mit der Tatsache, daß diese eine wesentliche Tätigkeit bei der Vorwärtsbewegung des Blutes entwickeln, lösen sich die Widersprüche. Die Thomasche Lehre und die von der arteriellen Hypertension, die doch dem Anschein nach in einem schroffen Gegensatz zueinander stehen, lassen sich unter diesen Umständen miteinander in Einklang bringen.

Nehmen wir an, daß im ganzen arteriellen Gebiet des Körpers plötzlich die „aktive“ Elastizität aufgehoben resp. stark vermindert würde, so würde sich im Moment folgendes Bild zeigen: die Arterien wären stark erweitert, der Blutdruck sänke außerordentlich, die Blutbewegung geschähe stoßweise und gelangte nicht zu den Kapillaren, die Arbeitsleistung des Herzens wäre verringert. Dieser Zustand würde jedoch nicht lange anhalten, mit jeder neuen Herzkontraktion müßte sich das Bild ändern. Die Arterien könnten sich durch die Kraft ihrer tunica media des Blutes nicht entledigen, sie würden mehr und mehr gefüllt und dehnten sich weiter und weiter aus, bis sie allmählich an der Grenze ihrer Dehnungsmöglichkeit angelangt wären und nun durch ihre Kohäsion und den Rückhalt, den sie an den umgebenden Geweben finden, wieder neuen Widerstand leisten könnten. Dadurch wäre der Seitendruck der (wenigstens zur Zeit des maximalen systolischen Druckes) aufs höchste gespannten Arterienwandung annähernd gleich dem Druck im Anfangsteile der Aorta. Er müßte gleich sein, wenn nicht inzwischen mit der steigenden Füllung der Arterien das Abströmen des Blutes durch die Kapillaren wieder begonnen hätte. Immerhin aber wäre auf alle Fälle der Blutdruck in den mittleren und kleineren Arterien noch ein außerordentlich hoher. Auch der Umstand, daß durch die Erweiterung der Arterienrohre die innere Reibung des Blutes sich vermindert, würde eine Erhöhung des Blutdruckes nach der Peripherie zu begünstigen. Die Pulswelle würde sich unmeßbar rasch fortpflanzen, weil mit jeder Ventrikelkontraktion sich die ganze Blutsäule auf einmal in Bewegung setzt. Das Fließen des Blutes würde mehr stoßweise erfolgen, es müßte durch die Kapillaren mit Hilfe der Herzkraft hindurchgepreßt werden. Das Herz müßte demnach eine sehr starke vermehrte Arbeit zu leisten haben. Die Folge davon wäre natürlich mit der Zeit eine Hypertrophie des linken Ventrikels und damit eine neue Blutdruckerhöhung, solange wenigstens, als die Qualität des Herzmuskels noch keine Schädigung erfahren hat.

Wir hätten in diesem Falle also schon arterielle Hypertension und Parese der tunica media nebeneinander. Wenn die bisherigen Ergebnisse der Physiologie scheinbar dem widersprechen, wenn die Erweiterung der Arterien bei Durchschneidung des vasokonstriktorischen Nerven ein Sinken des Blutdruckes bedingt, so erklärt sich das dadurch, daß das Durchschneiden der peripheren Nerven für die tunica media der Arterien noch lange nicht eine Lähmung bedeutet. Die glatten Muskeln der Arterien sind nicht so abhängig vom Zentralnervensystem. Man kennt genau den peripheren Gefäßtonus, wenn man auch nicht weiß, auf welche Elemente der Wand derselbe zu beziehen ist.“ (Nicolai, Nagels Handbuch der Physiologie, Bd. I, 1, S. 307.) Wenn also die tunica media einer Arterie ihren Zusammenhang mit dem Zentralnervensystem verliert, so involviert das — wenigstens für die erste Zeit — keine Lähmung, auch keine Parese. Der glatte Muskel verliert nur etwas an Tonus, an Spannung, aber seine Funktion bleibt unverändert. Er holt nur etwas weiter aus, wie ich oben schon sagte. Deshalb kann dieser an sich richtige physiologische Lehrsatz auf pathologische Verhältnisse keine Anwendung finden.

In praxi dürfte ein solches plötzliches gänzliches Ausfallen aller „aktiven“ Elastizität der Arterienwandungen kaum vorkommen, und auch experimentell ließe es sich wohl nicht erzielen, denn die „aktive“ Elastizität ist so untrennbar mit der Arterienwandung verknüpft, daß sie sich nicht im Leben, nur im Tode von ihr trennen läßt. So plötzlich und so voll-

kommen läßt sie sich also nicht eliminieren, wohl aber allmählich. Wir werden unten sehen, unter welchen Bedingungen die Integrität der glatten Muskulatur, auch die der Arterien, Schaden erleiden kann und muß. Wir werden sehen, daß diese Bedingungen für den heutigen Kulturmenschen durchaus zutreffen. Deshalb finden wir auch, je nach der Widerstandsfähigkeit und der Abnutzung, die verschiedensten Abstufungen, feinere und gröbere Störungen der „aktiven“ Elastizität, die ganz langsam, unmerklich, aus den allerfeinsten Anfängen heraus sich zu wohlcharakterisierten Krankheitsbildern entwickeln.

Der Beginn der Veränderung zeigt sich in den sog. nervösen (neurasthenischen) Zirkulationsstörungen. Die „aktive“ Elastizität resp. die glatte Muskulatur der tunica media selbst hat die erste Schädigung erlitten und damit hat der ganze Mechanismus seinen regelrechten Gang, wenigstens temporär, eingebüßt. Er arbeitet entweder zu hastig oder zu langsam, entweder zu stark oder zu schwach. Wie auch im übrigen Gebiete der Neurasthenie haben wir hier Reizerscheinungen und Erschöpfungserscheinungen im bunten Wechsel bei demselben Individuum oder auch bei verschiedenen, bald nur die eine, bald nur die andere. Die Reizerscheinungen der glatten Muskulatur der tunica media charakterisieren sich durch vermehrte Spannung und fast tetanische Kontraktionen, die weit über das zur normalen Zirkulation notwendige Maß hinausragen. Klinisch machen sie sich bemerkbar als Anämien einzelner Körperteile (Hände und Füße), als Angsterscheinungen mit und ohne Beklemmung, Herzklopfen und Frostempfindungen. Noch häufiger sind Erschöpfungserscheinungen. Der Tonus der glatten Muskulatur der Arterien ist vermindert und ihre Kontraktionen erfolgen nicht mehr mit derselben Exaktheit, Ausgiebigkeit und Kraft. Nach jeder Pulswelle verengen sich die Arterien nicht vollständig auf ihr früheres Lumen, sondern sie bleiben um einen kleinen Bruchteil weiter. Die Kraft der einzelnen Kontraktion ist vermindert, besonders zeigen sich derartige Arterien blutdrucksteigernden oder tonusvermindernden Dingen gegenüber sehr empfindlich. Größere körperliche und geistige Anstrengungen, seelische Erregungen, Hitze, Bücken resp. Tiefhalten des Kopfes, Alkohol und Nikotin u. a. wirken bei diesem Erschlaffungszustande der tunica media außerordentlich nachteilig, so daß zuweilen starke Erweiterungen einzelner besonders ungünstig veranlagter resp. stark verbrauchter Arteriengebiete eintreten können. Klinisch machen sich die atonischen Zustände der Zirkulation geltend in „Wallungen“ bezw. Rötungen einzelner Teile, speziell des Gesichtes und Kopfes, Druckgefühl im Kopf, eingenommener Kopf, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schwindel, Ohrensausen, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, trübe Stimmung usw.

Mit der Zeit, d. h. wenn die „aktive“ Elastizität der Arterien noch weiter verloren geht (was ja bei dem Leben, wie wir es als Kulturmenschen führen, nicht anders zu erwarten ist), werden die bisher nur temporären Erscheinungen, die bald stärker bald schwächer zutage treten oder auch vorübergehend verschwinden, mehr und mehr stationär. Die Arterien bleiben erweitert und werden an einzelnen Stellen des Körpers (Temporalgegend) als weiche, geschlängelte, pulsierende Stränge sichtbar. Der Blutdruck steigert sich in den mittleren und kleineren Arterien langsam, bis er allmählich fast den im Anfangsteile der Aorta erreicht hat. Die Arbeit des Herzens wird größer und größer, so daß es, wenn eine einigermaßen genügende Zirkulation im Gange gehalten werden soll, hypertrophieren muß. Damit ist das Bild der Arteriosklerose fertig. Nicht der Verkalkung, denn diese kommt erst geraume Zeit später, wenn durch längere Zeit hindurch diese Form der Arteriosklerose bestanden hat. Die klinischen Erscheinungen sind wechselnde. Im allgemeinen decken sie sich mit denen der nervösen Erschöpfung der glatten Muskulatur der tunica media. Häufig sind sie ziemlich quälend, häufig aber auch recht geringfügig. Zu beachten ist dabei, daß solche Patienten meist schon in vorgerückterem Alter stehen und durch die Erfahrungen, die sie gemacht, gewitzigt, alles vermeiden, was den Blutdruck steigern oder die „aktive“ Elastizität der Arterien noch weiter vermindern könnte. Sie führen meist ein regelmäßiges Leben unter fast gänzlicher Vermeidung aller Exzesse und erreichen so oft, daß ihr Befinden ein leidliches ist. Immerhin aber spüren sie doch, daß ihre Elastizität (im allgemeinen Sinne) und Leistungsfähigkeit abgenommen hat, und daß das Alter naht.

Die Arteriosklerose ist die Folge einer Verminderung der Elastizität, speziell der „aktiven“ Elastizität der Arterienwandung. Die primäre Ursache der Arteriosklerose liegt in dem Verlust der „aktiven“ Elastizität der glatten Muskulatur der tunica media. Die Blutdrucksteigerung und die Vergrößerung des linken Ventrikels sind einfache sekundäre Erscheinungen. Der Begriff der arteriellen Hypertension ist aus einer falschen Schlußfolgerung entstanden und hat nur dazu beigetragen, die Verhältnisse noch mehr zu verwirren. Die Vorstufen der Arterio-

sklerose sind die nervösen Zirkulationsstörungen.

Was nun die Therapie anlangt, so gilt es in erster Linie festzustellen, unter welchen Umständen die „aktive" Elastizität der Arterien verloren gehen kann, unter welchen Umständen überhaupt ein glatter Muskel lebt und zugrunde geht.

In früheren Veröffentlichungen*) habe ich nachzuweisen versucht, daß die glatte Muskulatur, ebenso wie die quergestreifte zur Erhaltung ihrer Integrität zweier Reizqualitäten bedürfe, nämlich der tonischen und der stärkeren, Kontraktion auslösenden, der hypertonischen, wie ich sie der Kürze halber nannte. Die tonische Erregung, so führte ich aus, kann man wohl der glatten Muskulatur ohne weiteres zusprechen, aber die hypertonische, die bei der quergestreiften durch den Willensimpuls geschieht, macht Schwierigkeiten. Auf Grund verschiedener Folgerungen, auf die ich hier nicht weiter eingehen kann, kam ich zu dem Schlusse, daß man bei der glatten Muskulatur an Stelle des Willensimpulses den Reflex von der Peripherie setzen müsse. Durch wiederholte Reflexe von der Peripherie, deren jeder doch eine Kontraktion bewirkt, könne man eine Gymnastik aller glatten Muskeln des Körpers erzielen.

Soweit meine damaligen Ausführungen. Wegen Einzelheiten muß ich auf die Originalarbeiten verweisen. In ähnlicher Weise hat sich übrigens schon früher Binswanger geäußert, er sagt: „gleichmäßige mittelstarke Hautreize beeinflussen günstig die Herztätigkeit und die Gefäßspannung, fördern den Tonus der Magenwandung etc." (Pentzold und Stintzing, Handbuch der Therapie.)

Was nun im speziellen die Arterien anlangt, so ist es ohne weiteres klar, daß deren tunica media unter denselben Gesetzen stehen muß, wie die übrige glatte Muskulatur. Ihre Integrität hängt also auch in erster Linie davon ab, ob sie von der Peripherie, d. h. von der Hautoberfläche genügende hypertonische Erregungen erhalten. Gerade in dieser Beziehung ist aber nun der heutige Kulturmensch, wie ich schon in früheren Arbeiten**) betont habe, außerordentlich schlecht daran. Durch dichte, warme, dabei aber doch weiche Kleidung, durch fast ständigen Aufenthalt in geschlossenen Räumen, fallen fast alle Anregungen auf die Haut fort, beschränken sich die hypertonischen Erregungen für die glatten Muskeln der Arterienwand auf das äußerste, während andererseits das moderne Leben noch ganz besondere Extraforderungen stellt: das Hasten und Jagen, die ewige Aufregung und Unruhe, große körperliche und geistige Anstrengungen, Alkohol, Nikotin etc. So darf es uns denn nicht wundern, wenn bei dem modernen Menschen die „aktive" Elastizität der Arterienwände leicht eine Einbuße erleidet. Der starke Verbrauch an nervöser Kraft, die übergroße Inanspruchnahme des Nervensystems für den „äußeren" Dienst zu Ungunsten des „inneren", die das Zufließen tonischer Erregungen beeinträchtigt, das Ausbleiben der unentbehrlichen hypertonischen Reize — alles das muß auf die glatte Muskulatur der tunica media, auf die „aktive" Elastizität der Arterien von schlimmstem Einfluß sein. Daher also auch die außerordentliche Verbreitung nervöser Zirkulationsstörungen und arteriosklerotischer Veränderungen.

Die eigentliche Therapie der Arteriosklerose fällt zusammen mit der der nervösen Zirkulationsstörungen. Bei diesen muß man beginnen, wenn man jene heilen will. Wenn man den nervösen Zirkulationsstörungen mehr Gewicht beilegte, würde man manche Arteriosklerose im Keime ersticken, oder wenigstens weit hinausschieben. Leider ist dies aber nicht der Fall. Wie oft erlebt man es nicht, daß einem Patienten, der über vasomotorische Störungen klagt, gesagt wird: „das hat gar nichts zu sagen, das ist nur nervös". Dann wird Zerstreuung empfohlen, „Ablenkung", im besten Falle Ruhe, die nicht immer durchzuführen ist und deshalb unterbleibt, zumal ja auch diese nervösen Störungen „nichts zu sagen haben". Und wenn dann derselbe Patient 10 oder 15 Jahre später sich an derselben Stelle Rat holt mit denselben Beschwerden, so heißt es oft: „das ist Arteriosklerose, da ist nichts zu machen". Im ersteren Falle war man mit der Prognose zu optimistisch, im letzteren zu pessimistisch. Die Wahrheit liegt eben in der Mitte.

Jede rationelle Therapie muß ihre Wurzeln in der Ätiologie haben. Wir haben oben gesehen, daß die „aktive" Elastizität der Arterien sich deckt mit der Integrität der glatten Muskulatur der tunica media. Wir haben ferner gesehen, welcher Art die biologischen Verhältnisse der glatten Muskulatur sind und auf welche Weise eine Gymnastik derselben ins Werk gesetzt werden kann. Hier muß die Therapie einsetzen, sie muß der glatten Muskulatur der tunica media hypertonische, d. h. über das Maß des Tonus hinausgehende, kontraktionsauslösende, reflektorische Anregungen von der Peripherie (durch die sensiblen

*) Über Atrophie und Gymnastik der glatten Muskulatur. Thüringer ärztl. Korrespondenzblatt, 1899, 12. — Über Biologie und Gymnastik der glatten Muskulatur. Deutsche Medizinalzeitung, 1904, 57/58.

**) Über die Wichtigkeit der zentripetalen Erregungen. Zeitschrift für klinische Medizin, 1896, Bd. 30, Heft 1 und 2.

Bahnen) zuführen. Dann kann es ihr gelingen, Bestehendes zu erhalten und auch Verlorenes wieder zu gewinnen.

Auf welche Weise diese hypertonischen Anregungen erfolgen, ist an sich gleichgültig. Man kann Luftbad gebrauchen, Abreibungen mit Spiritus oder ähnliches. Dabei ist aber immer zu bedenken, daß zur Erzielung einer richtigen Gymnastik eine gewisse Summe von Anregungen notwendig ist, und daß diese mit den eben genannten relativ schwachen Mitteln, auch wenn sie jahrelang regelmäßig gebraucht werden, nur schwer zu erreichen ist. Und dann kann es vorkommen, daß die Betreffenden auf halbem Wege stehen bleiben resp. umkehren. Wasseranwendungen helfen auch nicht viel weiter. Kaltes Wasser hat, — abgesehen von den Gefahren der Wärmeentziehung resp. Erkältung — den Nachteil, daß es die kleinsten Arterien dicht vor den Kapillaren häufig in eine tetanische Kontraktion versetzt und so die hauptsächlichsten Widerstände der arteriellen Bahnen bedeutend vergrößert. Dadurch muß der Blutdruck steigen und somit den schwachen Arterienwandungen noch größere Arbeit als sonst zugemutet werden, wenn der Kreislauf des Blutes keine Störung erfahren soll. Und das kann doch nur zum Schaden der tunica media sein. Warmes Wasser bewirkt das Gegenteil, eine Erweiterung der Arterien und Sinken des Blutdruckes, aber eine Gymnastik der glatten Muskulatur bringt es niemals. Das ist also zum mindesten nutzlos.

Am meisten befriedigt haben mich immer nach dieser Richtung hin die mechanischen Anregungen der Haut, wie ich sie schon vor nunmehr 16 Jahren empfohlen habe.*) Ich bin immer damit zufrieden gewesen und wende sie noch — abgesehen von einzelnen kleinen Verbesserungen — in derselben Form an: nämlich als trockene Frottierungen mit einem besonders zu diesem Zwecke hergestellten rauhen Stoffe**) und Barfußgehen auf trockenem, mittelgrobem, gewärmtem Flußkies. Diese Art der Therapie hat den großen Vorteil, daß sie genau so lange und genau so oft (ohne irgendwelches Risiko) angewandt werden kann, als nötig ist, um eine richtige Gymnastik der glatten Muskulatur und der Arterienwandungen zu erzielen. Natürlich ist dafür ein absolutes Maß nicht vorhanden, das muß der ärztlichen Schätzung überlassen bleiben, aber da ein Zuviel nicht leicht schaden kann, kann man getrost ziemlich hoch greifen mit seinen Verordnungen resp. Anwendungen. Auch die Länge der Zeit tut nichts. Ich habe in vielen Fällen monate- und auch jahrelang ganz regelmäßig, erst unter meiner Aufsicht, später zu Hause diese mechanischen Hautanregungen gebrauchen lassen und nie etwas Nachteiliges bemerkt. Was z. B. den Blutdruck anlangt, so könnte man wohl annehmen, daß derselbe bei der verstärkten Innervation der glatten Ringmuskulatur der Arterien stiege. Aber das wird dadurch ausgeglichen, daß durch den mechanischen Reiz die Haut sich rötet, also die Kapillaren und die kleinsten Arterien stärker erweitert resp. durchblutet werden. Damit sinkt der wichtigste Widerstand in der Peripherie erheblich und der Abfluß aus dem arteriellen Röhrensystem vermehrt sich, so daß der Blutdruck im wesentlichen derselbe bleiben muß. Hierin liegt gerade ein wesentlicher Vorteil, wie ihn keine andere physikalische Heilmethode bietet: Anregung der tunica media der Arterien zu energischer Kontraktion (durch hypertonische Reize) bei gleichzeitiger Verminderung der Widerstände in der Peripherie durch (Erweiterung der kleinsten Gefäße resp.) Hyperämie der Haut.

*) Über die Wichtigkeit der zentripetalen Erregungen. Zeitschrift für klin. Medizin, 1896, Bd. 30, H. 1 u. 2.

**) Hahlo & Co., Hamburg.

Zusammenfassung.

Verschiedene physiologische Tatsachen im Gebiete der Zirkulation lassen sich nicht erklären durch die Annahme, daß die Arterienwandungen nur eine einfache „passive" Elastizität besitzen.

Eine aktive Beteiligung der tunica media der Arterien bei der Vorwärtsbewegung des Blutes erscheint deshalb wahrscheinlich.

Ein zwingender Beweis hierfür ergibt sich aus der Gegenüberstellung einer gleichzeitig an demselben Versuchstier vorgenommenen blutigen und unblutigen Blutdruckkurve.

Der Nachweis der „aktiven" Elastizität der Arterienwandung läßt die Arteriosklerose in einem anderen Lichte erscheinen.

Arterielle Hypertension und Atonie der tunica media, die in einem scheinbaren Gegensatz stehen, lassen sich unter diesen Umständen in Einklang bringen.

Atonie der tunica media stellt die primäre Ursache der Arteriosklerose dar. Arterielle Hypertension und Hypertrophie des linken Ventrikels sind nur sekundäre Erscheinungen.

Die Vorläufer der Arteriosklerose sind die nervösen Zirkulationsstörungen.

Die Therapie der Arteriosklerose fällt zusammen mit der Gymnastik der glatten Muskulatur.

Über Hausindustrie in den Anstalten.

Zu obigem Artikel von Direktor Dr. Herting, Galkhausen, in der Nr. 20 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift vom 17. August 1912 bemerke ich berichtigend folgendes:

Es heißt dort: „Das Interesse der Staats- und Provinzialverwaltungen auf die Einführung der Hausindustrien, besonders des Webens und Klöppelns, in den Irrenanstalten hingelenkt zu haben, ist das Verdienst des Landesversicherungsrates Hansen in Kiel." Als Zeitpunkt der Anregung ist der Mai 1902 genannt. Man könnte danach zu dem Schlusse kommen, daß erst von dieser Zeit ab die Hausindustrie des Webens in die Anstalten eingeführt worden sei. Tatsächlich wurde aber die Handweberei schon im Jahre 1857 unter Friedrich Karl Stahl in dem Irrenhause St. Georgen betrieben und 1869 konnte dessen Nachfolger Direktor Hofrat Dr. Josef Engelmann berichten, daß der ganze Leinwandbedarf des Hauses an Leib- und Bettwäsche durch dieselbe gedeckt werde. Als im Jahre 1870 an Stelle des Irrenhauses St. Georgen die oberfränkische Kreisirren- (nunmehr Heil- und Pflege-) Anstalt Bayreuth trat, wurde dieser Industriezweig mit herübergenommen, im Jahre 1876 aber durch eine Kokosmattenweberei ersetzt, die heute noch blüht und neben anderen Erzeugnissen hauptsächlich der Verwaltung der Kgl. bayer. Staatseisenbahnen die in ihren Personen- und Dienstwagen aufliegenden Kokosläufer liefert.

Wie groß dieser Betrieb ist, wurde bereits in der in dem Illustrationswerke „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke in Wort und Bild" enthaltenen Beschreibung unserer Anstalt erwähnt, wo es Bd. II Seite 17 heißt, daß der (übrigens sehr gering angeschlagene) Arbeitsverdienst aus demselben in der Zeit von 1876 bis 1910 nicht weniger als 140459 M. betragen hat.

Leider hat dieser Anstaltsindustriezweig, dessen Erzeugnisse auf der Ausstellung des IV. internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke vertreten waren, wie es scheint, teils wegen ihrer ungünstigen Aufstellung in einer dunklen Ecke, teils wegen ihres, im Vergleiche zu den glänzenden Erzeugnissen der schwedischen Handweberei und Stickerei bescheidenen Äußeren die wünschenswerte Beachtung nicht gefunden.

Mit Bezug auf die Erwähnung der nach dem Vorgange von Illenau und Emmendingen in verschiedenen Anstalten eingerichteten schwedischen Handweberei und Stickerei sei bemerkt, daß diese durch den Unterzeichneten im März 1911 auch in der oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth als der ersten und meines Wissens bislang einzigen bayerischen Anstalt eingeführt und erst jüngst der anfänglich nur mit zwei Flachwebstühlen und einem Bandwebstuhl arbeitende Betrieb verdoppelt worden ist.

Bayreuth, den 30. August 1912.

Direktor Dr. Hock.

Hausindustrie in den Anstalten. Geschichtliche Bemerkung darüber.

Für die geschichtliche Ergänzung meines Aufsatzes „über Hausindustrie in den Anstalten" bin ich dem Herrn Kollegen Hock sehr dankbar; eine „Berichtigung" bringen seine Mitteilungen indessen nicht.

Wenn in Bayreuth die Leinwandweberei schon seit 36 Jahren eingestellt ist, Knüpfarbeit und Weberei als Hausindustrie dagegen in zahlreichen Anstalten erst seit 1903 eingeführt worden sind, dann ist es tatsächlich das Verdienst des Landesversicherungsrats Hansen in Kiel, im Mai 1902 „das Interesse der Staats- und Provinzialverwaltungen auf die Einführung des Webens und Knüpfens in den Irrenanstalten hingelenkt zu haben", und die „Einführung" in Bayreuth im März 1911 bestätigt das sogar. — Die Verarbeitung von Kokos, Stroh und ähnlichem, groben Material mußte bei meiner Besprechung des sogen. schwedischen Handfertigkeitsunterrichtes selbstredend außer Betracht bleiben, weshalb auch Bayreuth unter den Ausstellern der Webe- und Knüpfarbeiten in Berlin nicht genannt werden konnte.

Historisch ergänzend, nicht berichtigend, möchte ich mitteilen, daß schon vor Bayreuth (1857) in den Anstalten zu Aversa (1816) und Wakefield (1822) Weberei betrieben ist, daß auch wahrscheinlich noch viel früher von den Geisteskranken gewebt wurde; so wird von Berlin 1784 berichtet, daß dort „gesponnen und andere Wollarbeiten gemacht wurden"; Cox (1805) schlägt vor, Teppiche wirken zu lassen, Leupold (1837) Leinen zu weben, Jacobi Tuch (1834), und 1846 sah Schlemm in britischen Irrenanstalten „einen geräumigen Saal voller Webstühle, wo die Schifflein hinüber, herüber schießen".

Herting-Galkhausen.

Mitteilungen.

— Aus Anlaß des **hundertjährigen Bestehens der Landesirrenanstalt Sorau** fand am 6. Okt. eine Erinnerungsfeier statt. Die zahlreichen Festgäste, an ihrer Spitze Landesdirektor v. Winterfeldt, versammelten sich gegen 12 Uhr mittags im Promnitzsaale des alten Barockbaues. Bei einem Imbiß wurden die Gäste durch Geh. San.-Rat Dr. Schmidt, den Direktor der Sorauer Anstalt, begrüßt. Gegen 1 Uhr begab sich die Festversammlung nach der Anstaltskirche, wo ein Gottesdienst stattfand. Der gut geschulte Kirchenchor der Anstalt (Dirigent Kantor Burde) leitete die Feier stimmungsvoll ein. Superintendent Petri hielt die Festpredigt. Die Festteilnehmer begaben sich danach nach dem auf der Höhe des Doktorberges neuerbauten, noch unbelegten Krankenhaus, wo ein Festakt stattfand, den Geheimrat Dr. Schmidt mit einem Vortrage über die Geschichte der Anstalt eröffnete. Er gedachte einleitend der neuen Ära der Irrenpflege, der die Gründung der Sorauer Anstalt zu danken ist, und zeichnete dabei kurz die Entwicklung der Anstalt aus ihren ersten Anfangsstadien bis zu ihrer heutigen Bedeutung. Im Namen der Anstalt sprach Geheimrat Schmidt dem Landesdirektor der Provinz Brandenburg und den Mitgliedern der Provinzialverwaltung den Dank der Anstalt aus, daß die alte Sorauer Anstalt zu einem Krankenhause geworden ist, das allen Anforderungen und Fortschritten der modernen Irrenpflege genügt, und durch seine Einrichtungen den Vergleich mit den jüngeren Irrenanstalten der Provinz nicht zu scheuen hat. An die Ansprache knüpften sich die Beglückwünschungen von seiten der amtlichen Stellen. Nach der Ansprache des Landesdirektors machte dieser folgende Auszeichnungen aus Anlaß der Feier bekannt. Es sind verliehen: dem Direktor der Anstalt, Geh. San.-Rat Dr. Schmidt, der Kronenorden 3. Kl.; dem Landesbauinspektor Karl Neujahr in Berlin der Charakter als Baurat; das Allgemeine Ehrenzeichen in Silber: den Wärtern August Just in Goldbach, Karl Schulze in Sorau, Gottlieb Klein in Pitschkau, Wilh. Müller in Sorau und Karl Blobel in Grabig; das Allgemeine Ehrenzeichen in Bronze: dem Heizer Friedrich Blobel in Grabig. Im Namen der Stadtgemeinde Sorau brachte Erster Bürgermeister Glodkowski Glückwünsche dar. Nach Dankesworten des Geheimrats Dr. Schmidt zeigte 1. Oberarzt und stellvertretender Direktor Dr. Woernlein die Entwicklungsgeschichte der Anstalt an Hand eines von Wärtern und Kranken kunstreich gearbeiteten Modells, das die Gelände- und Größenverhältnisse der einzelnen Gebäude in genauem Maßstabe angibt und als eine Übersicht über die ganze Anlage lebhaftes Interesse erregte. An den Vortrag schloß sich die Besichtigung der Anstalt. Ein Festmahl führte alle Gäste der Anstalt gegen 3 Uhr wieder in den Festsaal neben der Kirche zurück. Landesdirektor v. Winterfeldt gedachte des Kaisers und Markgrafen in trefflichen Worten. Oberbürgermeister Werner in Cottbus bezeichnete die Feier als eine Hundertjahrerinnerung mit dunklem Lebenshintergrund, die man in tiefer und weihevoller Stimmung begehe. Als Vertreter der Stände des Markgrafentums Niederlausitz nahm Graf v. Witzleben das Wort, um unter Hinweis auf die fesselnde Festschrift die Arbeit der Stände in der Provinz zu kennzeichnen. Sein Toast galt dem Landesdirektor, der an der Spitze der Provinzialverwaltung als Sohn eines märkischen Edelmannes vom alten Schrot und Korn das Werk weiterführe. San.-Rat Direktor Dr. Zinn (Eberswalde) beleuchtete das berufliche Anstaltsleben für die Beamten. Sein Hoch galt den Frauen und Kindern der Kollegen, Beamten und Angestellten. Als ältester unter den ehemaligen Ärzten der Anstalt toastete Direktor Dr. Petersen auf Geheimrat Dr. Schmidt, den trefflichen Leiter der Sorauer Anstalt, der seinerseits alles ihm gezollte Lob auf seine Mitarbeiter in allen Beamtenkategorien lenkte, deren freudige Unterstützung er nie zu missen hatte. Ein weiterer Trinkspruch galt den Beamten des Baubureaus, von deren wackerer Arbeit die Neubauten das schönste Zeugnis ablegen. Ein die Feier abschließendes Beisammensein hielt einen großen Teil der Festgäste bis spät abends vereint.

(Frankfurter Oder-Zeitung, 9. Okt. 1912.)

Referate.

— Hermann, Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und bei kriminellen Degenerierten. Ein Beitrag zur sogen. Moral-insanity-Frage, sowie zur heilpädagogischen und strafrechtlichen Behandlung der Entarteten. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. VIII. Bd., Heft 4/5, 1912. 90 S.

Unter Zugrundelegen von 29 Kranken der rhein. Heil- und Pflegeanstalt in Merzig bespricht Verf. die sittliche Veranlagung und Entwicklung bei Debilen und intelligenten degenerierten Verbrechern, ferner das Verhältnis des Intellekts zur sittlichen Veranlagung, sowie die klinische Stellung der degenerierten Verbrecher.

Bei diesen nicht im engeren Sinne geisteskranken Personen fand Verf. ein deutliches Überwiegen ethischer Defekte, die sich namentlich in antisozialen Handlungen dokumentieren.

Bei der forensischen Beurteilung derartiger Menschen betont Verf. u. a. mit Recht, daß die Diagnose Epilepsie nur auf ihr eigentliches Gebiet zu beschränken ist, und er vertritt entschieden die Anschauung, beim Schwachsinn, der „psychopathischen Minderwertigkeit“, mit der Anwendung des § 51 StrGB. sehr vorsichtig zu sein.

Eine Anleitung zur Intelligenzprüfung, in Anlehnung an Cimbals Taschenbuch, beschließt die ausführlichen Darlegungen des Verf.s.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Gruber-Kraepelin, Wandtafeln zur Alkoholfrage. Lehmann, München.

In zweiter, unveränderter Auflage liegen die bekannten 10 Tafeln nebst Erläuterungen vor; möchten sie immer mehr weitgehendste, erfolgreiche Verbreitung finden. Kürbitz-Sonnenstein.

— Lombroso, Studien über Genie und Entartung. Reklams Verlag, Leipzig. 3. Aufl.

In dritter Auflage ist jetzt das Buch des inzwischen verstorbenen Italieners erschienen, das als Verteidigungsschrift gegen die Kritiken seines „Genialen Menschen" einst verfaßt war.

Vielfache Berührungspunkte sieht Lombroso zwischen der Physiologie der Genies und der Pathologie der Geisteskranken, eine Anschauung, die bekanntlich nach ihm von Möbius und besonders von Löwenfeld weiter gestützt wurde, und so mag auch die neue Auflage manchen aufmerksamen Leser finden. Kürbitz-Sonnenstein.

— Hollender, Dr. phil. Herm., Ärztliche Gutachten und ärztliche Statistik vor dem Forum einer exakten Beurteilungsmethode. Bücher des Fortschritts, Heft 2. 60 Pf.

Rechnerisch sucht Verf. nachzuweisen, daß zwischen Irisveränderung und irgendeinem Leiden „höchstwahrscheinlich" ein ursächlicher Zusammenhang besteht, und versucht, den Lehm-Pastor Felke mit seinen Augendiagnosen zu retten.

Ich glaube, man kann Verf., der Nicht-Arzt ist, seine eigenen Worte entgegenhalten: „Mangelhafte Beobachtungen sind nicht nur wertlos, sondern direkt schädlich", auch wird man ihm eine exakte, „wissenschaftliche Forschung" kaum zubilligen können. Kürbitz-Sonnenstein.

— Mantzel-Elberfeld, Dr., Die Kurzschrift im Dienste des Arztes. Buchhandlung Reh, Berlin.

Warm wird die Stenographie, deren sich schon der alte Galenus bediente, für den Arzt empfohlen, und gar mancher Fachgenosse wird sie schon nicht nur bei Gutachten angewendet haben, sondern auch, wenn er diesen oder jenen Wortschwall eines Kranken wortgetreu fixieren wollte. Kürbitz-Sonnenstein.

— Salzer, Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla nervi optici. Lehmann, München, 1911. 1,50 M.

Zwei Tafeln mit 29 Abbildungen illustrieren uns die normale Papille und ihre häufigsten Abweichungen bei Hirnerkrankungen, zur Erläuterung dient ein kurzer Text.

Als Anhang zu Weygandts Atlas der Psychiatrie ist das Heft gedacht, das dem Psychiater, speziell bei Begutachtungsfällen, gewiß gute Dienste leisten wird Kürbitz-Sonnenstein.

— Margis, Paul, E. T. A. Hoffmann. Eine psychographische Analyse. 220 S. Leipzig, 1911. 7 M.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, an einem Genie, einer historischen Persönlichkeit, eine Individualanalyse vorzunehmen, und hat sich dazu des Novellendichters, Musikers und Kammergerichtsrats E. T. A. Hoffmann (1776 bis 1822) bedient.

Der Autor macht uns zuerst mit Hoffmann selbst, seiner Charakteranlage, seinen Interessen bekannt und versucht dann, das literarische Schaffen Hoffmanns zu analysieren.

Unter den äußeren Gründen zum Dichten tritt neben anregender Gesellschaft z. B. auch die Einwirkung des Alkohols klar hervor, dessen Genuß nicht nur seine Einfälle begünstigte, sondern auf den zum Teil auch die Bezeichnung „Gespenster-Hoffmann" zurückzuführen ist.

Da es sich um eine psychographische Analyse handelt, so hat Verf. von den Mitteilungen der Zeitgenossen Hoffmanns, von seinen Briefen und Tagebüchern ausgiebigen Gebrauch gemacht, und so gewährt uns die interessante, fleißige Studie einen guten und tiefen Einblick in E. T. A. Hoffmanns Leben und Schaffen. Kürbitz-Sonnenstein.

— Raubers Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet und herausgegeben von Prof. Dr. Fr. Kopsch. In 6 Abteilungen. Abteilung 5: Nervensystem. Neunte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1912. Verlag von Georg Thieme.

Der vor uns liegende stattliche Band bringt nicht weniger als 427 z. T. farbige Abbildungen über das Nervensystem. Die Bilder sind naturgetreu und haben meistens geradezu künstlerischen Wert. Der ausführliche Text ist mustergültig und berücksichtigt die neuesten Arbeiten. Genau werden alle anatomischen und histologischen Verhältnisse dargelegt. In die von Nervenfaserpräparaten gewonnenen, anschaulichen Zeichnungen sind auch die an Ganglienzellenpräparaten erkennbaren Befunde geschickt eingezeichnet. Auch die entwicklungsgeschichtlichen und physiologischen Seiten der Materie sind soweit erforderlich klar behandelt. Ganz besonderen Fleiß hat Verf. auch auf Beschreibung der Rückenmarksnerven und des sympathischen Nervensystems verwendet. Das schöne Werk kann den Fachgenossen warm empfohlen werden. G. Ilberg.

— Eschle, Franz, C. R. Die perverse und die paradoxe Innervation. Fortschritte der Medizin, 30. Jahrg., Nr. 1. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Vf. definiert als perverse und paradoxe Innervation im Anschluß an Rosenbach das Unvermögen, kinetische Impulse mit dem gerade hinreichenden Kraftmaß nach der Peripherie zu senden, und bespricht die einzelnen Formen der Störungen, vor allem der Sprache (Stimmlähmung, Stimmbandlähmung, Stottern), ferner die meist auf dem Boden der Hysterie entstehenden, mannigfaltigen Erscheinungen sowie andere, meist als psychisch bedingt aufgefaßte Störungen (Dysurie, nervöse Darminsuffizienz u. a.). Vf. gibt dabei wertvolle diagnostische und therapeutische Gesichtspunkte Albrecht-Treptow.

— Pandy, Priv.-Doz. Koloman, Über die Fluchtversuche der Geisteskranken. Sonderabdruck aus der Pester Medic.-Chirurg. Presse.

Vf., der Primärarzt der Anstalt Lipotmezö, berichtet über 92 Fluchtfälle der Männerabteilung in den Jahren 1906—1910; in Prozenten der Verpflegten beträgt die Zahl für die einzelnen Jahre 2,5; 3,1; 1,5; 1,4 Prozent. Es ist diese Zahl gering, wenn Vf. mitteilt, daß auf 16 Kranke ein diensttuender Wärter kommt. In 46 Prozent bestand der Grund der Entweichung in dem Verlangen nach Freiheit, bei 21 Prozent in dem Verlangen nach geistigen Getränken, 29 Kranke entwichen unter dem Eindruck krankhafter Vorstellungen. Auch Vf. bestätigt die Erfahrung, daß die Entweichungen nur selten von üblen Folgen für die Gesellschaft begleitet waren. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Gabersee.** Anstaltsarzt Dr. A. Imhof wurde in gleicher Eigenschaft an die Heil- und Pflegeanstalt Haar versetzt.

— **Kaufbeuren.** Kgl. Oberarzt Dr. E. Krapf wurde in gleicher Eigenschaft an die Heil- und Pflegeanstalt Haar versetzt.

— **Lohr.** Anstaltsarzt Dr. R. Stöckle (Eglfing) wurde zum etatsmäßigen Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Lohr befördert.

— **Neckargemünd.** Dr. Chr. Rasch ist als zweiter Arzt am Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke eingetreten.

— **Tübingen.** Priv.-Doz. Dr. Brodmann hat von der Heidelberger Akademie der Wissenschaften 15000 M. zu hirnanatomischen Forschungen erhalten.

— **Hannover.** Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen, Professor Cramer, ist am 5. v. Mts. verstorben. Als Nachfolger Cramers ist der Professor Dr. Ernst Schultze, Direktor der Universitäts-Nerven-Klinik in Greifswald, gewählt worden. An derselben Anstalt ist der bisherige Assistenzarzt Dr. med. Pförtner zum Abteilungsarzte ernannt worden und für die am 1. Oktober d. Js. ausgeschiedene Assistenzärztin Fräulein E. Frank der Dr. med. Staßel zu demselben Termin als Assistenzarzt einberufen.

— **Haina,** Bez. Cassel. Am 1. Oktober ist Assistenzarzt Dr. C. Krämer aus Heppenheim a. d. B. in den Dienst der hiesigen Anstalt eingetreten.

Therapeutisches.

— **Aleudrin, ein neues Sedativum.** Von Dr. Hirschberg, Berlin-Fichtenau.

Der Zweck experimentell-pharmakologischer Prüfungen von neuen Arzneimitteln muß es sein, nicht nur ein Bild über die allgemeine Toxikologie des Präparats zu geben, sondern es sollen sich aus ihnen auch Schlüsse über die Art des Eintritts des beabsichtigten Schlußeffekts ziehen lassen.

Während diese Forderung z. B. für ein Herzmittel ganz selbstverständlich erscheint, wird sie bei der Prüfung von neuen Schlafmitteln nicht immer erfüllt. Hier wird oft nur gesagt, daß das Mittel Schlaf herbeiführt und daß es keine, oder nur geringe Nebenwirkungen besitzt. Nicht aber wird ausgeführt, welcher Art die Vorstadien des Schlafes sind.

Eine derartige Prüfung ist natürlich an sich durchaus hinreichend, die Verwendung und weitere Erprobung des Mittels am Krankenbett zu rechtfertigen, gibt aber für die speziellere Indikationsstellung wenig oder gar keine Anhaltspunkte.

In den vorliegenden pharmakologischen Untersuchungen über das neue Einschläferungs- und Beruhigungsmittel Aleudrin*) hat Th. A. Maaß wichtige und ausführliche analytische Daten über das Zustandekommen des durch das Mittel hervorgebrachten Schlafzustandes gegeben. Man kann aus dieser Untersuchung entnehmen, daß das Aleudrin alle Phasen der psychischen Beeinflussung, von der Hervorbringung einer leichten Benommenheit an bis hinauf zur Erzeugung tiefster Narkose auslösen kann.

Für meine spezielle Indikationsstellung erschien mir einerseits die Möglichkeit, mit Aleudrin eine nur leichte Benommenheit erzeugen, also einen leicht depressiven Effekt auszuüben, andererseits das Schmerzempfindungsvermögen wesentlich beeinflussen zu können, von größter Bedeutung.

Gerade unter den Neurasthenikern gibt es nun eine große Anzahl, bei denen eine dauernd bestehende Erregung keine richtige Ruhe zustande kommen läßt, und erschienen mir diese von vornherein als ein geeignetes Gebiet für die Aleudrinanwendung. Außerdem zog ich aber in den Kreis meiner Beobachtungen auch solche Patienten, bei denen die oben erwähnten Erregungszustände noch durch körperliche Schmerzen kompliziert waren.

Einige Krankengeschichten mögen die Art der Indikationsstellung und die mit Aleudrin als beruhigendem, einschläferndem und schmerzlinderndem Mittel gemachten Erfahrungen illustrieren:

1. Oskar K., 35 Jahre alt, seit 2 bis 3 Monaten starke geistige und psychische Erschöpfung. Pat. zeigt eine Fülle neurasthenischer Beschwerden: Angstgefühl, innere Unruhe, Herzklopfen, Ohnmachten u. a. m. Der Gebrauch von Bädern, Brom- und Arsenpräparaten konnte keine nennenswerte Besserung hervorrufen. Pat. erhielt nun dreimal täglich je eine Tablette Aleudrin. Es trat sehr bald erhebliche subjektive Besserung ein. Die Unruhe hatte sich gelegt, der Schlaf wurde besser, infolgedessen hob sich die Stimmung und der Appetit. Die nervösen Beschwerden von seiten des Herzens und des Gefäßsystems waren erheblich geringer geworden.

2. Frau Margarete D, 28 Jahre alt; Patientin leidet seit zwei bis drei Jahren an chronischer Pelveoperitonitis und Perityphlitis. Wie so oft, hatte sich auch hier als Folge des mehrjährigen Unterleibsleidens eine Reihe nervös-hysterischer Beschwerden herausgebildet. Die zur Zeit der Menses besonders stark auftretenden Schmerzen hatten lange Zeit notwendig gemacht, Opiate und Morphium subkutan zu geben, so daß die Gefahr der Gewöhnung bedrohlich nahe lag. Ich entschloß mich auch hier, Aleudrin als Sedativum und Hypnotikum zu geben und zwar am Tage zweimal je eine und abends zwei Tabletten. Die Wirkung blieb fast nie aus, so daß ich die Morphiumanwendung ganz außerordentlich einschränken konnte.

3. Frau Emma B., 63 Jahre alt. Bei der Patientin hatten sich nach dem vor drei Monaten erfolgten Todes ihres Gatten viele Erscheinungen hochgradiger Nervosität eingestellt. Am meisten litt sie unter ausgesprochener neurasthenischer Agrypnie, absoluter Unmöglichkeit, einschlafen zu können. Ich verordnete zunächst Baldrian und Brompräparate, jedoch ohne jeden Erfolg. Nach dem Gebrauch von Aleudrintabletten 1 bis 2 am Abend, mehrere Tage hintereinander, berichtet die Patientin, daß sie nunmehr schnell einschläft, es tritt, wie sie sich ausdrückte, Ruhe in ihrem Inneren ein, der Kopf sei nach dem Erwachen unbenommen und der Schlaf ein sehr erquickender.

4. Frau Martha Gr., 63 Jahre alt. Seit Jahren Diabetes und Arteriosklerose. In letzter Zeit hat sie mehrere

*) Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 27 und Biochem. Zeitschr., Bd. 43, Heft 1. u. 2.

leichte Schlaganfälle erlitten, oft treten Gefäßstörungen diffuser Art im Gehirn auf. Die Pat. ist in diesen Zuständen sehr aufgeregt, läuft unruhig umher und ist schlaflos. Ich habe auch hier mit Aleudrintabletten gute Erfolge gehabt. Veronal, das zuvor allabendlich gegeben wurde, konnte entbehrt werden, 2 Aleudrintabletten riefen erquickenden Schlaf hervor.

5. Herr Wilhelm A., 67 Jahre alt, seit Jahren Arteriosklerose und Neurasthenie. Patient wird vor allem von nervösen Kopfschmerzen gepeinigt. Migränin, Coffein, Phenacetin brachten nur zeitweise Linderung. Seit dem regelmäßigen Gebrauch von Aleudrintabletten, dreimal täglich je 1 Tablette a 0,5 g, wesentliche Besserung der Schmerzzustände.

6. Max R., 57 Jahre alt, vor 3 Wochen Apoplexie mit Parese der ganzen rechten Körperhälfte. Patient ist enorm erregt, psychisch verstimmt, neigt fortgesetzt zum Weinen und schläft unruhig. Seit 10 Tagen lasse ich ihn Aleudrintabletten in üblicher Menge nehmen und finde, daß er weit ruhiger ist und seine Stimmung sich gehoben hat.

7. Frau Anna T., 60 Jahre alt, Patientin hat vor vier Wochen eine schwere psychische Erschütterung erlitten. Seit dieser Zeit stellten sich allerlei nervöse Beschwerden ein: Herzunruhe, Kopfdruck. Schlaflosigkeit und mancherlei Phobien. Neben hydrotherapeutischen Maßnahmen wurden Aleudrintabletten gegeben. Die qualvollen Vorstellungen, allerlei Krankheiten zu haben, sind im Schwinden begriffen, der Kopfdruck ist ganz beseitigt, die Patientin schläft wieder besser.

Betrachte ich die hier als besonders instruktiv angeführten Fälle kritisch, so muß ich sagen, daß die sedative Wirkung des Aleudrins in keinem ausgeblieben war. Ganz überraschend war der Erfolg in Fall 1 und 7. Der Patient Oskar K. war viele Wochen hindurch mit allen möglichen nervenberuhigenden Arzneimitteln und Bädern ohne Erfolg behandelt worden. Seit dem Gebrauch von Aleudrintabletten fühlt er sich subjektiv bedeutend besser, er ist ruhiger geworden, schläft gut und fühlt sich soweit gekräftigt, daß er in Kürze seiner gewohnten Berufstätigkeit nachgehen können wird. Ähnlich günstig war der Erfolg bei Frau Anna T. (Fall 7). Die 60 Jahre alte überaus nervöse Dame ist jetzt nach etwa 14 tägigem Gebrauch von Aleudrintabletten, dreimal täglich je eine, fast beschwerdenfrei. Ebenso instruktiv für die sedative Wirkung des Aleudrin sind die Fälle 2 und 4. Beide Patientinnen waren durch die über Jahre währenden Leiden seelisch vollkommen erschöpft. Ein mehrwöchiger Gebrauch der Tabletten hat eine fast wunderbare Beruhigung des Nervensystems zur Folge gehabt. Die Bedeutung des Aleudrin als Einschläferungsmittel zeigte sich in überraschender Weise bei Fall 3. Das für Neurastheniker so unendlich lästige und quälende Symptom der Schlaflosigkeit, oder richtiger gesagt, der Unmöglichkeit einzuschlafen, des unruhigen, erquickungslosen Halbschlummers, erfüllt von phantasievollen Traumbildern, wurde durch 1 bis 2 Tabletten vor dem Schlafengehen erfolgreich bekämpft. Beide Patientinnen verspürten nach dem Erwachen keine Spur von Eingenommenheit des Kopfes, kein Gefühl von Schwere in den Gliedern, geschweige denn konnte irgend eine Störung der Herztätigkeit konstatiert werden.

Ich kann sonach das Aleudrin als ein gutes Sedativum und Hypnoticum empfehlen. Die Dosis schwankt in den von mir beobachteten Fällen zwischen 2 bis 3 Tabletten am Tage resp. 1 bis 2 Tabletten vor dem Schlafengehen.

— **Kola bei Nervenkrankheiten.** Von Dr. med. Bruck, Berlin.

Nicht mit Unrecht hat man unser Jahrhundert als dasjenige der Neurasthenie bezeichnet, denn die immer mehr gesteigerten Anforderungen, die der Kampf ums Dasein, das Hasten nach Gelderwerb an den menschlichen Organismus stellt, wirken in hohem Grade zerrüttend auf das Nervensystem ein Und so sehen wir denn, daß von den Menschen, die durch ihren Beruf gezwungen sind, ihre Nerven aufs äußerste anzuspannen, unter Hundert kaum einer ist, der nicht mehr oder minder deutlich einzelne Symptome des vielgestaltigen Krankheitsbildes der Neurasthenie aufzuweisen hätte.

Von verschiedenen Seiten aus versucht die Therapie diesem weit verbreiteten Leiden beizukommen. Die früher so beliebte Eiweißüberfütterung des Körpers mit entsprechenden Nährpräparaten wird auch heute noch in allen denjenigen Fällen mit Erfolg angewandt werden können, in denen eine Unterernährung besteht oder wegen Appetitlosigkeit, mangelhafter Funktion der Verdauungsorgane oder aus anderen Ursachen die Überernährung erforderlich erscheint. Jedoch ist man davon abgekommen, in der Eiweißmästung das Allheilmittel der Neurasthenie zu erblicken, wie das in früheren Jahren wohl üblich war. Der Satz: „Schwache Nerven müssen vor allen Dingen gut in Fett gepolstert sein", den man früher oft hören konnte, besteht doch nur in recht beschränktem Umfange zu recht.

Auch die Wirkung der Lecithin-Zufuhr auf das Nervensystem, die man lange Zeit als allerbeste Therapie bei Neurasthenie betrachtete, ist unbestreitbar und die klinischen Erfahrungen haben zur Genüge bewiesen, daß durch Darreichung von Lecithin, von Nukleinen, insbesondere auch von Glyzerinphosphorsäure häufig ganz überraschende Wirkungen bei den verschiedensten Nervenerkrankungen, insbesondere aber bei Neurasthenie erzielt worden sind.

Man muß sich aber hüten, auch hierbei über das Ziel hinaus zu schießen und etwa in allen Fällen alles Heil von der Lecithinzufuhr zu erwarten. Eine rationelle Therapie wird vor allen Dingen dafür Sorge tragen müssen, daß die dem Körper zugeführten Nahrungsstoffe auch richtig verarbeitet und ausgenutzt werden.

Ein wichtiges Mittel zur Erreichung dieses Zieles ist die Darreichung der Kola-Nuß, dessen Wirkung auf die Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Organismus schon seit Jahrzehnten bekannt ist. Eingehende Tierversuche, die Robert Burow in Innsbruck anstellte, zeigten, daß die Versuchstiere, die zu der halben Futterration Kola erhielten, leistungsfähiger waren als diejenigen, denen gleichzeitig die volle Futterration ohne Kola verabreicht wurde, woraus man den Schluß ziehen konnte, daß durch die Kola-Darreichung eine bessere Ausnutzung der zugeführten Nährstoffe und damit eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit erzielt wird. Von zahlreichen anderen Forschern wurden auch beim Menschen ähnliche günstige Wirkungen der Kola-Nuß beobachtet.

Roth schreibt über Kola folgendermaßen: „Die Kola übt auf den Magen einen tonischen Einfluß aus und befördert die Verdauung. In kleineren oder mittleren Dosen gegeben, erhöht die Droge die Denkfähigkeit. Der Kolagenuß vermehrt und unterstützt die Körperstärke, seine Wirkung auf die Muskeln ist ganz unverkennbar. Die Kola ist ein Sparmittel, nicht nur für das Muskel- sondern auch für das Nervensystem. Kola wirkt als Tonikum auf das Herz und ist in unserem sportliebenden Zeitalter angezeigt, wie kein zweites Mittel."

Viele Ärzte trugen trotz der überraschenden Wirkungen, die mit Kola erzielt wurden, noch bis vor kurzer Zeit Bedenken, das Präparat nervenkranken Personen zu verordnen, weil sie befürchteten, daß der mächtig anregenden Wirkung des Kola-Extraktes eine Reaktion, eine Periode der Erschlaffung folgen müsse, wie dies bei den meisten nervenanregenden Präparaten leider Tatsache ist. Die Erfahrung hat aber gelehrt, daß selbst bei länger dauernder Anwendung von Kola keine derartigen nachteiligen Folgen zu konstatieren waren.

Ich selbst habe in letzter Zeit zahlreiche Versuche mit den sogenannten Mühlrad-Kolatabletten angestellt, welche mich nach jeder Hinsicht außerordentlich befriedigt haben und über die ich im Folgenden kurz berichten will.

Fall I. 38jähriger Beamter. Patient klagt seit $1^1/_2$ Jahren über allgemeine Abgeschlagenheit. Er sei von einer früher nie gekannten Reizbarkeit, selbst bei den geringfügigsten Anlässen und ihm fehle jede Lust zu seiner beruflichen Arbeit; Schlaflosigkeit sowie Appetitlosigkeit beständen erst seit etwa zwei Monaten. Er gibt an, schon längere Zeit hindurch Eisenpräparate und sonstige Kräftigungsmittel, jedoch immer nur mit recht vorübergehendem Erfolg angewendet zu haben. Dabei habe er bedeutend an Gewicht abgenommen, in den letzten zwei Monaten um 9 Pfund. Es handelt sich um einen groß gewachsenen (ca. 1,82 m) dabei breit und kräftig gebauten Mann. Haltung stark vornübergebeugt, Gang schleppend und langsam. Die Gesichtsfarbe ist blaß, die Haut selbst trocken und faltig. Die Schleimhäute sind ebenfalls blaß. Die inneren Organe weisen keinerlei pathologische Veränderung auf mit Ausnahme einer mittelmäßigen dilatatio ventriculi. Dagegen sind alle Zeichen einer hochgradigen Neurasthenie vorhanden. Der Patellarreflex beiderseits ist abnorm verstärkt, Pharyngeal- sowie Skleralreflex fehlen. Nachdem ich zunächst drei Wochen hindurch versucht hatte, mit einer ganz milden Kaltwasserkur seinem Leiden beizukommen, entschloß ich mich, nach gänzlichem Fehlschlagen dieses Versuches, ihn einer Kur mit Mühlrad-Kolatabletten zu unterziehen. Begünstigt wurde dieser Versuch entschieden dadurch, daß Patient gerade einen vierwöchentlichen Urlaub antreten konnte. Ich verordnete ihm zunächst dreimal täglich, im Anschluß an Frühstück, Mittag- und Abendbrot, 2 Kolatabletten in warmer Milch aufgelöst. An sonstigen Hilfen empfahl ich nur möglichst viel Bettruhe und zweimal wöchentlich eine milde Massage. Schon nach zwei Wochen konnte konstatiert werden, daß sowohl in Bezug auf Appetit als auch auf Schlaflosigkeit eine ganz wesentliche Besserung eingetreten war. Patient schlief jetzt sechs Stunden hintereinander, während er vorher alle halben bis ganzen Stunden aufgewacht war. In Anbetracht seiner kräftigen Konstitution verordnete ich für weitere zwei Wochen noch zwei Tabletten pro Tag mehr, also im ganzen acht, welche ebenfalls gut vertragen wurden. Patient hatte seine Unlust und Unrast, unter welcher er und seine Umgebung so lange Zeit schwer gelitten hatten, völlig verloren. Seine frühere Spannkraft, die Lust zur beruflichen Arbeit und auch zu sonstiger Beschäftigung war in vollem Maße wiedergekehrt. Infolge des stark gesteigerten Appetits hatte er seinen Gewichtsverlust von 9 Pfund nach der vierwöchentlichen Kur fast auf das Gramm eingeholt, kurz er kehrte gewissermaßen als „neugeborener Mensch", wie er sich ausdrückte, in sein Amt zurück und zur Zeit, etwa sieben Wochen nach Beendigung der Kur, ist sein Zustand gleich befriedigend wie unmittelbar nach der Kur.

Fall II. 26jährige Kaufmannsfrau. Patientin gibt an, daß sie seit ihrer vor $4^1/_2$ Jahren erfolgten Verheiratung drei Geburten in rascher Aufeinanderfolge durchgemacht habe, von denen die erste und die dritte, da sie mit der Zange beendigt werden mußten, sie außerordentlich schwer mitgenommen haben. Da sie außerdem einen großen Haushalt (neben den drei Kindern noch ihre Schwiegereltern und zwei Dienstboten) zu versorgen habe, sei sie sehr überanstrengt und fühle sich schon seit Monaten aufs höchste ermattet. Ihr Appetit sei völlig geschwunden, Schlaf könne sie nur finden, wenn sie ein Glas ganz schweren Rotwein auf einmal hinuntertrinke, und dann auch nur für höchstens zwei bis drei Stunden Sie merke an ihren Kleidern, daß sie stark abmagere, kurz, sie sei so mitgenommen, dabei reizbar und nervös, daß sie zu keinerlei Arbeit und Beschäftigung mehr zu haben sei. Die Untersuchung ergibt folgendes Resultat: Mittelgroße grazil gebaute Frau, Haut blaß, jedoch nicht welk und trocken, sondern normal feucht und von mäßigem paniculus adiposus unterlagert. Die Schleimhäute sind sehr blaß, am Herzen ist der erste Ton unrein, der zweite Pulmonalton stark akzentuiert, eine Verbreiterung des Herzens ist jedoch nicht zu konstatieren. Auch hier besteht leichte Magenerweiterung, außerdem aber ist, höchstwahrscheinlich wohl infolge der rasch aufeinanderfolgenden Geburten, eine erhebliche Enteroptosis zu verzeichnen. An den Beinen starke Varizen. Ich veranlaßte die Patientin zunächst, sich eine Leibbinde anmessen zu lassen, um die lästigen Folgen der Enteroptosis zu paralysieren. Ferner verordnete ich elastische Wickeln um beide Unterschenkel, um einer noch weiteren Ausbildung der Krampfadern vorzubeugen. Gegen ihre nervösen Beschwerden verordnete ich dreimal täglich zwei Kolatabletten. Nebenbei empfahl ich strengste Enthaltung von jeglicher häuslichen und sonstigen Arbeit. Auch in diesem Falle trat bereits nach drei Wochen eine deutliche Besserung ein. Vor allem kehrte der Appetit wieder zurück und die Nahrungsaufnahme fand in durchaus befriedigender Weise statt. Auch die allgemeine Mattigkeit, welche sie am schwersten empfunden hatte, schwand allmählich. Nach zweiwöchentlicher völliger Ruhe konnte sie wieder leichtere häusliche Arbeiten verrichten und nach zwei weiteren unter Kolamedikation verbrachten Wochen war ihre alte Spannkraft wiedergekehrt. Die von Natur aus sehr zäh und arbeitsam veranlagte Frau konnte, ohne die geringste Schädigung, in alter Weise wieder schaffen. Auf jeden Fall riet ich ihr, ab und zu, mit etwa vierteljährlichen Pausen, ein bis zwei Wochen lang Kolatabletten zu nehmen, um jedem Rückfall vorzubeugen.

Fall III. 26jähriger cand. phil. Kleiner schwächlicher Mensch mit allen Anzeichen einer im Kindesalter überstandenen schweren Rachitis. Es besteht ausgebildetes pectus carinatum, ferner eine starke Kyphoskoliose Außerdem leidet Patient an mäßiger Blutarmut. Die Verdauung war in den letzten zwei Jahren eine sehr schlechte, da er fortwährend, mit nur geringen Pausen, mit Anfällen von Gastro-enteritis zu tun hatte, trotz größter Vorsicht bezüglich der Nahrungsaufnahme. Hierzu trugen höchstwahrscheinlich wohl auch seine sehr schlechten, durch die Rachitis zur Karies prädisponierten Zähne bei. Vor allen Dingen bestand aber eine hochgradige Neurasthenie, welche durch intensive Tag- und Nachtarbeit — er bereitete sich zum Examen vor — hervorgerufen worden war. Schlaflosigkeit, Mattigkeit den ganzen Tag über, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Am schmerzlichsten empfand der sonst so regsame und fleißige Patient die seit etwa einem Monat bestehende Unlust zum Arbeiten, und das um so mehr, als er aus materiellen Gründen darauf sehen mußte, möglichst rasch sein Studium zu beenden. Die Untersuchung der inneren Organe ergab, daß das Herz völlig gesund war, die Lunge dagegen wies ein mäßiges durch die Verkrümmung des Brustkorbes bedingtes Emphysem auf, ferner war ein leichter Katarrh beider Spitzen nachzuweisen. Tuberkelbazillen fanden sich im mikroskopischen Bilde nicht. Der Magen war unter dem Sternum druckempfindlich, desgleichen in der Nabelgegend. Eine Dilatation war nicht nachzuweisen.

Zur Zeit der Untersuchung hatte er pro Tag drei bis vier dünnflüssige Entleerungen. Zunächst beschloß ich, ihn möglichst rasch von seinen Magendarmbeschwerden, gegen welche er noch nie etwas getan hatte, zu befreien, indem ich eine Medikation von Bismuth. subnitr. mit Natr. bicarb. in Verbindung mit ausschließlicher Haferschleimdiät anordnete. Gleichzeitig empfahl ich absolute Bettruhe mit feuchtwarmen Umschlägen. Nach Verlauf von knapp einer Woche waren sämtliche gastroenteritischen Erscheinungen völlig verschwunden, die Druckempfindlichkeit zeigte sich an keiner Stelle mehr, und auch die Durchfälle hatten einer einmaligen normalen Entleerung Platz gemacht. Da dem Magen jetzt eine etwas stärkere und reichlichere Kost zugemutet werden konnte, so verordnete ich zunächst eine kräftigende Kost und zwar in vielen kleinen Mahlzeiten zu nehmen. Sodann ließ ich auch hier dreimal täglich zwei Kolatabletten, in Milch aufgelöst nehmen. Um es gleich vorweg zu sagen: auch hier war der schließliche Erfolg ein vollständiger insofern, als der Patient wieder Freude am Leben gewann und sich seinen Arbeiten in vollem Maße widmen konnte, ohne Gefahr zu laufen, daß er wieder zusammenklappe, jedoch dauerte es in diesem Falle erheblich länger, im ganzen etwa drei Monate, bis zunächst eine teilweise und schließlich eine völlige Besserung eintrat; es darf dies jedoch keineswegs Wunder nehmen, denn es handelte sich hier um einen Organismus, welcher durch schwerste jugendliche Erkrankung schon erheblich geschwächt und auf diese Weise für alle möglichen anderen Leiden prädisponiert war. So gut auch die Wirkung der Kolamedikation für seinen jetzigen Zustand war, eine Besserung bezüglich seiner schwachen Lunge konnte man natürlich kaum erwarten.

Fall IV. 43 jähriger Forstrendant. Sehr kräftiger großer Mann mit vollkommen gesunden Organen. Er klagte, daß er durch dienstliche Überanstrengung während des letzten halben Jahres seelisch sehr herunter gekommen sei. Es täte ihm nicht das geringste weh, nicht einmal Kopfschmerzen habe er, nur läge ihm ab und zu, namentlich während der Abendstunden, wenn er viel gerechnet habe, ein dumpfer Druck über der Stirn, ferner neige er jetzt, im Gegensatze zu früher, sehr leicht zu Ermüdung und könne dennoch nachts nur wenig Schlaf finden. Außerdem fiel ihm selbst auf, daß er in der letzten Zeit sowohl gegenüber seiner nächsten Umgebung als auch in weiteren Kreisen sich leicht reizbar verhalte, was sonst niemals der Fall gewesen sei. Auch der Appetit lasse recht zu wünschen übrig. Ich verordnete Kola und zwar zunächst dreimal täglich zwei Stück. Sie wurden gut vertragen und bereits nach Ablauf der ersten Woche merkte er, daß seine alte Frische und Elastizität wiederkehre. Ich ließ nun viermal täglich zwei Tabletten nehmen und konnte mit Genugtuung nach drei Wochen feststellen, daß die seit einem halben Jahre bestehenden, offenbar nur auf nervöser Basis beruhenden Beschwerden völlig behoben waren.

Fall V. 28 jährige Verkäuferin. Patientin bot das typische Bild, welches das Gros der einem Beruf nachgehenden Großstadtmädchen bietet: Erhebliche Unterernährung, Blutarmut, Müdigkeit, hochgradige Nervosität mit all ihren Nuancierungen. An der Lunge der Patientin, deren Vater und zwei Schwestern an Phthise gestorben waren, war nichts Pathologisches zu konstatieren, hingegen bestand eine deutliche Insuffizienz der Mitralklappe mit erheblicher Verbreiterung des Herzens nach rechts ($1^1/_2$ Finger breit); Eiweiß war nicht vorhanden. — Sämtliche Schleimhäute sehr blaß, die Haut welk und trocken. Die Menstruation trat alle drei Wochen sechs Tage lang sehr reichlich und unter Schmerzen ein. Patientin wurde krank geschrieben und zuhause von der Mutter aufs sorgfältigste gepflegt. Zunächst verabreichte ich ihr, um die gerade eingetretene Menstruation möglichst abzukürzen, Styptizintabletten (à 0,05), nach deren Genuß dann auch die Blutung sich um $2^1/_2$ Tage gegen sonst verkürzte. Sodann verordnete ich absolute Bettruhe für $1^1/_2$ Wochen, was mehr wie gern befolgt wurde, da Patientin in ihrem Beruf als Verkäuferin fast keinen Augenblick zum Sitzen kam. Ich verordnete ferner eine allgemein roborierende Diät, gab nebenbei dreimal täglich 2 Kolatabletten. Nach etwa zweiwöchentlichem Gebrauch des Medikaments bemerkte Patientin selbst, daß sie erheblich munterer und frischer wurde. Die vorher bestehende Apathie einerseits und Reizbarkeit andererseits schwand völlig, die bleischwere Müdigkeit in den Knochen ließ gleichfalls völlig nach und Patientin konnte, unmittelbar im Anschluß an die $1^1/_2$ Wochen Bettruhe ziemlich weite Spaziergänge machen, ohne nach irgend einer Richtung hin Schwäche oder Mattigkeit zu verspüren. Nach vierwöchentlicher Kolamedikation konnte sie, völlig gekräftigt und zu neuer Lebenslust angeregt, wieder ihrem schweren Berufe nachgehen. Nur hatte ich ihr nach Beendigung der Kolamedikation noch etwas Eisen mit Arsen verordnet, um die Blutarmut, welche leider immer noch in hohem Grade bestand, wenigstens einigermaßen günstig zu beeinflussen.

Fall VI. 35 jähriger Kaufmann. Patient gibt an, daß er durch schwere geschäftliche Sorgen seit etwa $^3/_4$ Jahren außerordentlich viel „mit seinen Nerven zu tun habe". Die einzelnen Klagen decken sich im Großen und Ganzen mit denen der anderen Fälle: Früher nie bemerkte Reizbarkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit, dumpfer Druck im Kopfe, rasche Ermüdung auch bei der geringsten körperlichen Anstrengung, während er früher, als enragierter Turner und Schwimmer, Strapazen jeder Art ausgehalten hätte. Mittelgroßer, schlank gebauter Mann mit mäßig blasser Gesichtsfarbe. Abmagerung ist nicht zu bemerken. Die Lunge ist gesund, der erste Herzton ist etwas unrein, die Herztöne überhaupt leise. Eine Verbreiterung des Herzens besteht nicht. Die Unterleibsorgane sind, abgesehen von einem durch ein Bruchband gut zurückgehaltenen Leistenbruch und einer geringfügigen dilatatio ventriculi gesund. Die Schleimhäute sind blaß. Das Üble bei der Behandlung dieses Patienten bestand darin, daß er nicht zu bewegen war, auch nur ganz kurze Zeit auszuspannen, da, wie er sagte, auf seinen Schultern allein das Geschäft ruhe. Ich fing auch hier mit der Ordination von dreimal täglich zwei Kolatabletten an und konnte nach etwa $2^1/_2$-wöchentlicher Behandlung wahrnehmen, daß sowohl seine Stimmung eine zuversichtlichere geworden war, als auch, daß er einen regeren Appetit entwickelte. Der Schlaf wollte sich noch nicht in befriedigender Menge einstellen. Ich stieg nun auf viermal täglich zwei Tabletten und nach im Ganzen fünfwöchentlicher Behandlung — ich hatte außerdem noch kalte Abreibungen und leichte Massage verordnet — war sein Zustand ein durchaus befriedigender; er konnte jetzt wenigstens sechs Stunden hintereinander fest schlafen, der Appetit blieb andauernd rege und die für ihn und seine Umgebung so peinliche Reizbarkeit hatte sich vollkommen gelegt. Ich riet ihm an, nach etwa fünf bis sechs Wochen Pause nochmals, etwa 14 Tage lang, die Mühlrad-Kola-Tabletten zu nehmen, was er auch versprach.

Fall VII. 29 jährige Telephonistin. Hochgradige Nervosität und Abspannung infolge des aufreibenden Berufes. Schmerzen empfindet Patientin, wie sie sagt, nirgends, nur sei sie seit etwa vier Monaten von einer geradezu unbeschreiblichen Mattigkeit befallen, so daß sie fortwährend einschlafen möchte und sich nur mit äußerster Energie aufrecht erhalten könne. Quälende Schlaflosigkeit, im Kopfe verspüre sie fortwährend einen dumpfen Druck, als ob ihr eine eiserne Kappe auf dem Haar säße. Ferner leide sie an zeitweiligem starken Herzklopfen und auch der Appetit lasse sehr zu wünschen übrig. Große, kräftig gebaute Dame, der man jedoch von weitem eine hochgradige Anämie anmerkt. Die Schleimhäute sind fahl, die Hautfarbe ist ebenfalls äußerst blaß. Die Lungen sind gesund, das Herz ist nach rechts um einen Finger verbreitert, über der Spitze vernimmt man anstatt des ersten Tones ein lautes sausendes Geräusch, der zweite Pulmonalton ist scharf akzentuiert. Es besteht also eine Mitralinsuffizienz. Der Urin ist frei von Eiweiß. Die Unterleibsorgane sind gesund, nur ist die Milz deutlich vergrößert unter dem linken Rippenbogen zu palpieren. Bezüglich der Menstruation gibt sie an, daß sie regelmäßig alle vier Wochen, jedoch jedesmal sechs bis acht Tage und zwar recht stark eintrete, wodurch sie sich sehr geschwächt fühle. Es konnte ermöglicht werden, daß sie wenigstens einen kleinen Urlaub von zwei Wochen erhielt. Ich ließ sie die erste Woche im Bett liegen und verordnete dreimal täglich zwei Kolatabletten. Nebenbei gab ich, des Herzfehlers wegen, dreimal täglich zehn Tropfen Digalen. In Verbindung mit der Bettruhe und der Loslösung von ihrem beschwerlichen Dienst wirkte diese Medikation rasch und prompt. Nach etwa zehn Tagen — zu Beginn der zweiten Woche hatte ich sie wieder aufstehen lassen — fühlte sie sich außerordentlich erholt und frisch, vor allem war das

lästigste Symptom, der dumpfe Kopfdruck vollkommen verschwunden, desgleichen die furchtbare Mattigkeit. Dafür konnte sie jetzt nachts glatt durchschlafen. Auch der Appetit war recht rege geworden. Sie mußte nun nach Ablauf ihres Urlaubs wieder Dienst tun, die Kolamedikation half ihr jedoch über ihre Beschwerden leicht hinweg. Sie nahm noch drei Wochen, also im ganzen fünf, dreimal täglich zwei Tabletten und blieb von den vorher bestehenden Symptomen völlig verschont, nur das Herzklopfen trat ab und zu auf, was natürlich auf den nicht kompensierten Herzfehler zurückzuführen ist. Ich verordnete ihr, nach Aufhören mit der Kolamedikation, etwas Arsen mit Eisen in Pillenform gegen ihre Blutarmut.

Die von mir geschilderten Fälle, welchen ich noch eine ganze Anzahl analoger beifügen könnte, zeigen zur Genüge, welch ein wertvolles Anregungsmittel wir in dem vorliegenden Präparat haben. Wie ich aus der vor kurzem veröffentlichten Arbeit von Ollendorf (Allgem. Mediz. Zentral-Zeitung vom 24. August d. Js.) ersehe, hat der Autor bei seinen Versuchen mit diesem Präparat ähnliche Resultate erzielt. Er hebt hervor, daß die Mühlrad-Kola-Tabletten aus frischen Kolanüssen hergestellt werden zum Unterschiede von anderen bekannten Präparaten. Es zeichnet sich, wie alle Patienten rühmend hervorhoben, durch seinen Wohlgeschmack aus und hinterließ niemals irgend welche unangenehmen Folgen. Einzelne Patienten hoben noch besonders hervor, daß es auf die Defäkation ganz entschieden einen wohltätigen Einfluß ausübe.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der **städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke in Breslau** ist zum 1. Januar 1913 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Das Gehalt beträgt 2200 Mark und steigt von 2 zu 2 Jahren um je 300 bis 3400 M., außerdem wird freie Station (Beköstigung, Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Bedienung) gewährt. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sowie Auskunft über die Militärverhältnisse sind an das Kuratorium einzureichen.

Nur unverheiratete Bewerber, die in der Anstalt wohnen müssen, werden berücksichtigt.

Auswärts verbrachte Dienstzeit wird unter Umständen angerechnet.

Stellengesuche.

An der neuen **Großh. Badischen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch** bei Heidelberg ist für einen jungen Kollegen eine

Hilfsarztstelle

frei.

Anfangsgehalt 2000 M. und mehr je nach Vorbildung, dazu freie Station. Regelmäßige Zulagen. Etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste.

Bewerbungen werden erbeten an den Anstaltsdirektor **Medizinalrat Dr. Max Fischer.**

An der **Herzoglichen Heil- und Pflege-Anstalt in Königslutter** bei Braunschweig (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt. Gehalt 3600 bis 6000 M. in 15 Jahren, eventl. weiter steigend bis 6600 M.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an den Unterzeichneten erbeten.

Medizinalrat **Dr. Gerlach.**

An der **Provinzial-Heilanstalt Lauenburg** in Pom. ist sogleich eine

Assistenzarztstelle

evtl. auch eine

Oberarztstelle

zu besetzen. Anstellungsbedingungen a) für Assistenzärzte: 1800 bis 3000 M. bei völlig freier Station, bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung als Oberarzt. b) für Oberärzte: 3600—7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Garten, Arznei.

Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen nicht vor 1. Juli 1909 approbierter Ärzte an die Anstaltsdirektion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 32. 9. November 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Psychische Wirkungen des Erdbebens vom 16. November 1911.

Von Medizinalrat Dr. *Kreuser* in Winnental.

Am 16. November v. Js. ist in später Abendstunde Südwest-Deutschland von einem Erdbeben betroffen worden, dessen Epizentrum in die Gegend zwischen Hohenzollern und Hohentwiel fällt. Nach einigen leichteren Vorboten hat von dort aus ein plötzlicher Stoß den gesamten Erdboden und alles, was mit ihm in Verbindung stand, stark erschüttert; wellenförmige Schwingungen haben sich bis über die Grenzen des Schwabenlandes hinaus fortgesetzt. Allenthalben sind Gegenstände zu Fall gekommen, zahlreiche Gebäude haben Beschädigungen erlitten; kein einziges ist zum Einsturz gebracht worden, kein Menschenleben verloren gegangen, keine Verletzung von Personen zu beklagen gewesen.

Die Bewohner des Landes sind also von einer Katastrophe verschont geblieben; die bisher ungeahnte Gefahr einer solchen ist ihnen aber unmittelbar vor Augen gerückt worden. Sie sind in der Hauptsache mit dem Schrecken davongekommen — auch die Vermögensschädigungen haben niemand unverhältnismäßig schwer betroffen —, dieser Schrecken ist aber ein sehr erheblicher und durchaus unvermuteter gewesen. Trotz aller geologischen Zeugnisse von früherer vulkanischer Tätigkeit im Lande ist aus geschichtlicher Zeit nichts bekannt von einer ähnlichen Gefährdung des heimischen Bodens. Da jenem Erdbeben in den nächsten Monaten noch wiederholt leichtere Erdstöße nachgefolgt sind, haben die Gemüter sich auch nicht so rasch wieder zu beruhigen vermocht.

Eine beschränkte Anzahl von Personen hat ja wohl auch dem außerordentlichen Naturereignisse gegenüber ruhiges Blut und vollkommene Geistesgegenwart bewahrt: vereinzelte sind aufmerksam und gefaßt genug geblieben, um alle Einzelheiten des besonderen Vorkommnisses kaltblütig und mit wissenschaftlicher Genauigkeit zu beobachten und zu verzeichnen; andere haben es verstanden, durch schlagfertige Scherze beruhigend auf ihre Umgebung einzuwirken. Bei der überwiegenden Mehrzahl auch sonst ruhiger und besonnener Naturen hat eine Erregung Platz gegriffen, die an Grad und Dauer doch wohl über das gerechtfertigte Maß hinausgegangen ist und teilweise zu ganz widersinnigen Vorschlägen und Handlungen geführt hat. Heftige affektive Erregungen stören ja sehr gewöhnlich die ruhige Überlegung; dem Erdbeben eigentümlich ist nur die allgemeine Verbreitung einer solchen Erregung in dem betroffenen Gebiete, die denn auch nur allzu leicht zu einer gegenseitigen Hineinsteigerung in übertriebene Besorgnisse und über der Fülle von guten Ratschlägen zu um so allgemeinerer Ratlosigkeit zu führen geeignet ist. Als ein solches Hinausschießen über das Ziel ist wohl auch der Antrag auf Einführung einer Erdbebenversicherung zu bezeichnen, der allen Ernstes in der württembergischen Abgeordnetenkammer gestellt worden ist. — Als krankhafte Erregung kann all das noch nicht bezeichnet werden, zumal da sich diese Erscheinungen in der Regel nach verhältnismäßig kurzer Zeit wieder verloren haben.

In nicht so ganz seltenen Fällen — auf Zahlenangaben muß ich leider verzichten, da man in der Anstaltspraxis nur gelegentlich von solchen Dingen Kenntnis zu erhalten pflegt — haben jedoch gewisse Nachwirkungen des Erdbebens auf das Nervenleben und auf das geistige Verhalten sich wochen- und monatelang erhalten, und zwar nicht etwa bloß bei neuropathisch veranlagten, sondern auch bei sonst

recht kräftigen und widerstandsfähigen Personen. Noch lange nachdem alle Gefahr als überstanden angesehen werden konnte und von den Betreffenden auch angesehen worden ist, konnten sie sich doch eines allgemeinen Unbehagens und einer gewissen gemütlichen Erregung nicht erwehren, die sich namentlich abends beim Schlafengehen zu steigern pflegte. Zwangsweise haben sich dann die schreckhaften Eindrücke des Erdbebens wieder ins Bewußtsein gedrängt, sind alle Erinnerungen an den kritischen Tag wieder lebendig geworden, das Einschlafen war erschwert, der endlich gefundene Schlaf durch schreckhafte Träume gestört, öfters unterbrochen und wenig erquickend. Dazu kamen Kopfschmerzen, Schwindel und Unsicherheiten des Lagegefühls im Bett, eine gesteigerte Empfindlichkeit und Schreckhaftigkeit besonders bei allen Geräuschen und Erschütterungen, wie sie sonst als gewohnte Begleiterscheinungen des täglichen Lebens kaum mehr bewußt wahrgenommen worden waren. Andere gerieten in reizbare Stimmung, wenn nur vom Erdbeben und was etwa damit in Zusammenhang stand, gesprochen wurde. Nur ganz allmählich haben sich diese neurasthenischen Beschwerden wieder verloren, meist ohne daß eine besondere Behandlung notwendig geworden wäre. In der Tübinger Klinik für Nerven- und Gemütskranke allerdings sollen sich nach mündlicher Mitteilung von Prof. Gaupp viele Bewohner der am meisten betroffenen Gegend wegen solcher Beschwerden ärztlichen Rat geholt haben. Daß sich ausgesprochene Psychosen aus diesen nervösen Störungen entwickelt hätten, ist mir nicht bekannt geworden.

Ebenso wenig sind mir inzwischen Fälle von geistiger Erkrankung vorgekommen, in denen ähnlich wie dies besonders nach der Zerstörung von Messina beschrieben worden ist, die mit dem Erdbeben unmittelbar verbundenen Erlebnisse von bestimmendem Einfluß auch auf den krankhaft veränderten Vorstellungsgang geworden wären.*)

Wohl aber ist bei nicht weniger als sechs der seither in unserer Anstalt aufgenommenen Kranken das Erdbeben als wesentliche Ursache bezeichnet worden für die Entstehung, die Wiederkehr oder wenigstens die Verschlimmerung ihrer Krankheit. Nach der Reihenfolge ihres Zugangs sind es die folgenden Fälle:

I. Erblich nicht belasteter, 21jähriger Fabrikarbeiter, Anhänger einer religiösen Sekte. Bisher gesund; seit dem Erdbeben angeblich nachdenklicher. Verläßt am 25. Nov. die Arbeit, fängt an, wirre Reden zu führen: von unten herauf werde alles kälter, die Sonne habe ihren Schein verloren; er habe mit dem Tode gekämpft, auf seinen Bruder hineingeblasen u. dgl. m. Rasch zunehmende motorische Unruhe und Unreinlichkeit veranlassen am 30. Nov. die Verbringung in die Anstalt. — Blasser, unterernährter Mann, stark verwirrt, meist mutazistisch, katatonische Muskelspannungen und erzwungene Haltungen, teilweise Nahrungsverweigerung. Dieser stuporöse Zustand wird in den folgenden Wochen mehrmals durch Stunden klarer Besinnlichkeit und freien Verhaltens unterbrochen. Seit Anfang März allmählich fortschreitende Aufhellung des Bewußtseins, ungezwungenes, aber leicht träumerisches Verhalten bei körperlicher Mattigkeit. Anfang April einsichtig und gut erholt; Austritt am 11. April. — Mit leidlich erhaltener Erinnerung berichtet er von den überstandenen Beängstigungen; alles habe sich um ihn im Kreise gedreht; er habe Totenköpfe gesehen, Stimmen gehört, die ihm das Essen verboten haben. Des Erdbebens erinnert er sich, ohne dabei irgendwie affektiv erregt zu werden. Er sei darüber erschrocken, wie andere wohl auch, besondere Gedanken habe er sich wegen desselben nie gemacht. Eine ursächliche Bedeutung für seine Erkrankung legt er ihm selbst nicht bei. — Von der Mutter des Kranken wird nachträglich noch in Erfahrung gebracht, daß er über ganz ähnliche Vorstellungsreihen, wie sie in der Krankheit zutage getreten seien, schon ein halbes Jahr zuvor als über Traumerlebnisse berichtet habe. Sollten hier nicht vielleicht die Anfänge der Krankheit zeitlich wesentlich weiter zurückreichen, als ihre von der Umgebung behauptete Ursache?

II. Am 13. Dez. ist ein erblich belastetes Mädchen von 30 Jahren aufgenommen worden, das stets von ängstlich schüchternem, aber auch sehr gewissenhaftem, diensteifrigem Wesen in letzter Zeit besonders durch die Pflege der nervenkranken Mutter stark überanstrengt war. Im 16. Lebensjahr vorübergehend nervöses Herzklopfen und gedrückte Stimmung. Seit Wochen schon haben Appetit und Schlaf notgelitten gehabt, als sie durch das Erdbeben aus dem Schlaf aufgeschreckt und stark beunruhigt worden sei. Jetzt habe sie fast gar nicht mehr geschlafen, sei ganz verändert, auffallend still gewesen, habe viel in der Bibel gelesen. Bis zum 12. Dez. noch regelmäßig bei ihrer Arbeit, dann plötzlich Irrereden; es komme ihr alles so durcheinander vor, wie beim babylonischen Turmbau; fürchtete das Ende der

*) D'Abundo: Stati nevropatici consecutivi al terra moto del 28. Dez. 1908 in Sicilia; Rivist. italian. di Psych. ed Elettroterap. II, 2; referiert im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, XXXII, S. 616.

Welt, verkennt Personen, klagt, daß sie keinen Willen mehr habe. Schwankt zwischen ängstlicher und heiterer Erregung, die sich rasch so steigert, daß Anstaltsaufnahme notwendig wird. — Monatelang ununterbrochen völlig verwirrt bei sehr lebhaftem Bewegungsdrang. Ende März tritt binnen weniger Tage Beruhigung ein, zunächst ohne Klärung des Bewußtseins; erscheint körperlich und geistig schwer erschöpft. Seit Anfang Mai besinnlicher, zu zusammenhängenden Gesprächen wieder fähig; fortschreitende körperliche Kräftigung. Erlangt Krankheitseinsicht, behält aber für die Zeit der schweren Erkrankung nur verschwommene Erinnerungen, während das Gedächtnis für alles, was dieser vorausgegangen ist, wiederkehrt. Gibt zu, über das Erdbeben stark erschrocken zu sein; für ihre Erkrankung werde es kaum etwas ausgemacht haben; finde sich doch die Anlage dazu in ihrer Familie. Die Erinnerung daran verursacht ihr keinerlei Unbehagen, wie auch die sprachlichen Äußerungen in der Krankheit nie daran angeknüpft hatten. Ende Juni genesen nach Hause.

III. Kräftige Weingärtners-Ehefrau von 59 Jahren, erblich belastet. Soll seit ihrer ersten Schwangerschaft an Unterleibsbeschwerden und an Zuckungen in den Gliedern ohne Bewußtseinsstörungen leiden. Anfang 1910 erstmals wegen eines manischen Erregungszustandes in Anstaltsverpflegung. Auf ihr Drängen unvollständig gebessert nach Hause genommen. Durch die Schrecken des Erdbebens sei sie erneut in stärkere Aufregung geraten. Am 22. Dez. Aufnahme in Winnental. — Bei mangelhafter Orientierung und häufigen, äußerlich unbegründeten Stimmungswechseln und gehobenem Selbstgefühl vielgeschäftig, ohne Brauchbares zu leisten; ideenflüchtig, zu Derbheiten, lautem und ruhelosem Wesen geneigt; leicht ablenkbar. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nicht nachzuweisen. Soviel sie spricht, tut sie des Erdbebens doch nie Erwähnung. — Seither nur wenig Beruhigung eingetreten.

IV. Jetzt 36jähriger psychopathisch Degenerierter, der seit seiner Studentenzeit durch allerlei Unregelmäßigkeiten wiederholt in gerichtliche Untersuchungen geraten, zweimal bestraft, dann immer wieder unter Einstellung des Verfahrens gemäß § 51 StrGB. der Irrenanstalt übergeben worden ist. Nicht schlecht begabt, aber haltlos; in Anstaltspflege meist rasch wesentlich gebessert. So besonders im Frühjahr 1911, so daß wieder einmal eine Beurlaubung zu versuchen war. War diesmal ausdauernder als je früher bei seinen guten Vorsätzen und bei praktischer Arbeit mit nützlichen Leistungen geblieben. Anfang November war ihm eine kleine Reise bewilligt worden; hat diese eigenmächtig ausgedehnt und sofort auch wieder zu Schwindeleien benutzt. Dabei vom Erdbeben überrascht, will er einen furchtbaren Eindruck gehabt haben. Von da an fehlt angeblich alle weitere Erinnerung. Wie ermittelt, hat er ganz wie früher unter allerlei unwahren Behauptungen an verschiedenen Orten in sicherem Auftreten sich Geldbeträge verschafft, sich aber nicht auch wieder alkoholischen und geschlechtlichen Ausschweifungen hingegeben. Anfang Januar verhaftet ist er wie jeweils früher aus diesem Anlaß in ängstliche Benommenheit verfallen, die sich erst mehrere Wochen nach der Aufnahme am 1. Februar 1912 wieder verloren hat.

V. Erblich belastete Kaufmanns-Ehefrau, jetzt 57 Jahre alt, nicht schlecht begabt, aber immer zurückhaltend und menschenscheu, die mit 33 Jahren erstmals an einem Depressionszustand erkrankt, wegen „Heimwehs“ vorzeitig nach Hause genommen worden war. Dort soll sie sich so erholt haben, daß sie ihr Hauswesen wieder selbständig führen konnte, bis sie 1905 rückfällig wurde. In häuslicher Pflege soll sie sich wohl wieder wesentlich gebessert haben, aber gedächtnisschwach, ängstlich, mißtrauisch und reizbar geblieben sein. Seit dem Erdbeben habe sich der Zustand abermals erheblich verschlimmert: schrie nachts öfters laut auf, hörte Stimmen aus ihrer Brust, wurde abweisend gegen die Ihrigen und mehrfach gewalttätig. Zugleich verschlimmerte sich ihr chronisches Magenleiden und stellte sich heftiger Pruritus vulvae ein. — Bietet seit der Aufnahme am 28. März 1912 ziemlich gleichmäßig unzugängliches, negativistisches Wesen; nimmt ungenügend Nahrung, spricht nur selten ein Wort.

VI. In der Entwicklung zurückgebliebener 16jähriger Jüngling, der seit zehn Jahren an Tic convulsif leidet. Nicht schlecht begabt, aber sehr eigenwillig, schwer erziehbar, heftig und rücksichtslos, voll guter Vorsätze, ohne alle Ausdauer; seit mehreren Jahren in der Schule nicht mehr geduldet. Alle Erziehungs- und Heilversuche ohne namhaften Erfolg. Durch das Erdbeben aus dem Schlafe geweckt, sei er alsbald in fürchterliche Angst und heftige allgemeine Konvulsionen verfallen. Seither wesentlich häufigere und über weit mehr Muskelgruppen verbreitete Krämpfe, konvulsivisches Aufschreien; schwere Angstzustände bei den unscheinbarsten Anlässen, in denen er stets Befürchtungen wegen Wiederholung des Erdbebens ausgesprochen habe. Am 27. April 1912 hier aufgenommen; Ende Juni wieder zurückgenommen, nachdem die Krämpfe ziemlich gebessert

waren; Angstzustände waren hier nicht zu beobachten.

Im letzten Falle, in dem eine Psychose nicht vorlag, hatte wohl ohne Zweifel das Nervenleiden im unmittelbaren Anschluß an das Erdbeben eine wesentliche Verschlimmerung erfahren und hatten sich demselben psychopathologische Elementarstörungen zugesellt, die einige Verwandtschaft zeigen mit den nervösen Störungen, wie sie als Nachwirkungen des Schreckaffekts oben geschildert worden waren. — Ähnliches mag sich geltend gemacht haben bei dem psychopathisch Degenerierten (IV), ohne daß jedoch dafür mehr vorläge, als seine eigenen Behauptungen. Bei diesen ist aber zu berücksichtigen, daß er selbst ein erhebliches Interesse daran hat, für den Rückfall in sein früheres Treiben eine äußere Ursache geltend machen zu können. Die Wurzeln seines psychopathischen Zustandes liegen zeitlich und genetisch sehr viel tiefer, und wenn durch den Schreckaffekt das schlummernde Übel wieder aufgerührt worden sein sollte, — allem Anschein nach hatte es schon vor dem Erdbeben sich wieder geäußert —, so hat es ihm jedenfalls keinerlei neuen Stempel aufgeprägt, haben alle Krankheitserscheinungen längst vorgebildete Bahnen wieder aufgesucht. — Dasselbe gilt von den Wiedererkrankungen im III. und V. Falle. Bei beiden kann nur ein zeitlicher Anschluß des Rezidivs an das Erdbeben in Frage kommen, geht die Krankheit selbst weiter zurück, ohne daß sie zu einer Ausheilung gekommen wäre. Ihrer Erscheinungsweise hat die den Rückfall auslösende Ursache etwas Neues nicht hinzugefügt.

Nur in den beiden ersten Fällen liegen erstmals zum Ausbruch gekommene akute Psychosen vor mit abgeschlossenem, zur Genesung führendem Verlaufe. In beiden Fällen kann die plötzlich einsetzende hochgradige Verwirrtheit und der günstige Ausgang auf eine wesentliche Bedeutung der von den Angehörigen geltend gemachten äußeren Ursache hinweisen. Desto bemerkenswerter erscheint es, daß in der Rekonvaleszenz keiner der beiden Patienten Gewicht auf diese Ursache legt, wie auch, daß die Krankheitsäußerungen selbst inhaltlich niemals daran angeknüpft haben. Weist das eine Mal die Patientin selbst auf die Familienanlage hin, so hat im anderen Falle die Mutter des Kranken Vorläufer der Krankheit verraten, die sie selbst freilich im abergläubischen Sinne als eine Art von Voraussage aufgefaßt hat. — Keiner von diesen Fällen kennzeichnet sich demnach als Erdbebenpsychose in dem Sinne, wie sie nach den ja auch ungleich schwereren Erschütterungen in Messina geschildert worden sind.

Die Überschätzung der ursächlichen Bedeutung des Erdbebens könnte selbst als psychische Wirkung desselben auf Gesunde gedeutet werden, wenn nicht die allgemeine Erfahrung lehren würde, daß auch sonst in Laienkreisen die äußeren Krankheitsursachen viel höher bewertet zu werden pflegen, als dies bei sorgfältiger Nachprüfung für gerechtfertigt gelten kann; selbstverständlich, denn das dem Menschen innewohnende Verlangen nach Kausalität wird sich stets an sinnenfällig sich aufdrängende Erscheinungen viel leichter halten, als an mühsame und in ihren Ergebnissen oft wenig befriedigende Ursachenforschung.

Auffallend wenig sind auch nach den Wahrnehmungen an den übrigen Anstalten unseres Landes die Anstaltspfleglinge selbst durch das Erdbeben in Mitleidenschaft gezogen worden. Die kritische Nacht ist bei uns eine der ruhigsten des ganzen Jahres gewesen. Patienten, die fast Tag um Tag über Schlaflosigkeit zu klagen wissen, waren am folgenden Morgen erstaunt, als ihnen vom Erdbeben gesprochen wurde. Andere haben den Erdstoß lediglich im Sinne herrschender Wahnkomplexe aufgefaßt, sich zum Beispiel beklagt, daß wieder einmal boshafterweise an ihrer Bettstelle gerüttelt würde. Keineswegs nur die abgestumpften und verblödeten, sondern auch recht erregbare Kranke sind auffallend leicht über das Naturereignis hinweggekommen. Vielleicht hat dazu beigetragen, daß sie früher als die Gesunden zu Bett gegangen waren und der Mehrzahl nach eben die größte Schlaftiefe erreicht haben mochten, so daß eine Gefährdung den wenigsten zum Bewußtsein gekommen ist. Irgendwie nachhaltigere Störungen im Befinden unserer Kranken durch das Erdbeben sind nicht zur Beobachtung gelangt.

Auch hinsichtlich seiner psychischen Wirkungen kommt also jenem Erdbeben ein so schlimmer Einfluß nicht zu, wie er ihm da und dort beigelegt werden wollte.

Die Abfassung von wissenschaftlichen Referaten und Kritiken.

Von Med.-Rat Prof. Direktor Dr. *P. Näcke* in Colditz.

Erst kürzlich (Neurol. Centralblatt Nr. 8, 1912) habe ich für eine reinliche Trennung von Psychiatrie und Neurologie plädiert, da jede dieser Disziplinen heute so gewaltig angewachsen ist, daß es rein unmöglich erscheint, in beiden gleich erfahren zu sein. Nur eine kann man ganz beherrschen, soll aber nebenbei natürlich auch die Hauptlinien der anderen kennen. Aber selbst der Umkreis der Psychiatrie ist neuerdings durch Hinzufügen neuer Hilfswissenschaften (experimentelle Psychologie, Bakteriologie, Serologie, Chemie, Familienforschung usf.) so erweitert, ihr alter Kern (Klinik, Ätiologie, Therapie, Forensik etc.) so angewachsen und vertieft worden, die Literatur hierüber ist eine so weit zerstreute, in verschiedenen Sprachen gefaßte, daß ein einzelner alles Einschlägige gar nicht selbst lesen kann, auch wenn er es in die Hand bekäme.

Und die wissenschaftlichen Probleme wachsen täglich mehr an Zahl, nicht aber in gleichem Maße die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiter. Freilich wird jetzt nicht nur absolut mehr wissenschaftlich als vor 30, 40, 50 Jahren geschrieben, sondern auch relativ mehr und auch besser, was dankbar zu begrüßen ist. Aber man vergesse nicht, daß die Menschenzahl in dieser Zeit ungeheuer angewachsen ist, wie auch die Zahl der Irrenärzte und damit die der wissenschaftlichen Arbeiter. Aber auch der wissenschaftliche Sinn ist ein regerer geworden. Wenn jedoch manche glauben — erst neulich äußerte sich mir gegenüber ein Anstaltsleiter in ähnlichem Sinne —, daß heute zu viel geschrieben würde, so ist dies nicht wahr. Ich behaupte vielmehr, daß wissenschaftlich noch nicht genug gearbeitet und geschrieben wird, wenn man die Unzahl der vorliegenden Probleme ins Auge faßt, ferner die immer besser werdende Ausbildung der Psychiater, endlich die immer größer werdende Möglichkeit in Laboratorien, deren fast alle größeren Anstalten besitzen, sogar einige ganz spezielle, z. B. psychologische, serologisch-bakteriologische und serologische, zu arbeiten. Sieht man aber näher zu, so findet man leider die meisten Arbeitsplätze leer, manche Laboratorien führen sogar einen ungestörten Dornröschen-Schlaf. Und wie wenig Arbeiten kommen jährlich aus den vielen Laboratorien zutage und befruchten damit die Wissenschaft, so daß sie dem ungeheuren Geldaufwande für diese Arbeitsstätten kaum entsprechen. Das Geleistete ist freilich im ganzen besser als früher. Man vergleiche nur z. B. die ersten Jahrgänge der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie oder des Archivs für Psychiatrie etc. mit den früheren vor 40 Jahren zum Beispiel.*)

Wir sind also gezwungen, den größten Teil der Veröffentlichungen aus Referaten uns anzueignen, schon allein der nötigen Konzentrierung halber. Sie müssen dann aber auch bestimmte Eigenschaften haben, sollen sie ihren Zweck erfüllen. Bis jetzt habe ich aber über die Art der Abfassung guter, brauchbarer Referate und Kritiken nichts gelesen, wohl weil vielfach geglaubt wird, daß die Sache ganz leicht und selbstverständlich ist. Und dem ist doch nicht so. Man werfe nur z. B. einen Blick in eine beliebige Nummer des Neurologischen Zentralblattes, um die Verschiedenartigkeit der Auf- und Abfassungen sofort zu übersehen. Ja, die Differenzen sind hierin so merklich, daß wenn zehn Personen über die gleiche Arbeit zu berichten hätten, jedes Referat bez. der Neben-, öfters sogar der Hauptpunkte, von dem andern abweichen würde, ganz abgesehen von der größeren Länge oder Kürze. Sehr mit Unrecht hält man nur zu oft die ganze Angelegenheit für ein reines ἀδιαφορον und allein schon der Umstand, daß gar nicht selten gegen eine falsche oder schiefe Berichterstattung vom Autor protestiert wird, sollte uns eines anderen, besseren belehren.

Es erschien mir daher nicht wertlos, hierauf einmal die Aufmerksamkeit des Lesers in Anspruch zu nehmen. Man kann zunächst Eigen- und Fremdreferate unterscheiden, dann die rein objektiven, die kritisierenden, also subjektiven und die gemischten Referate oder Kritiken, endlich solche nach Gedrucktem oder Gesprochenem. Auch die verschiedene Länge derselben ist zu berücksichtigen. Um mit letzterem Punkt gleich zu be-

*) Jeder Psychiater sollte sich bemühen, wissenschaftlich zu arbeiten, soweit natürlich ihm sein Spezialberuf hierzu Zeit läßt. An den meisten Anstalten ist aber auch dafür gesorgt und zu tadeln sind nur diejenigen zum Glück seltenen Leiter, die in einer falsch verstandenen Polypragmasie ihre Ärzte mit tausend Nichtigkeiten des Dienstes so abhetzen, daß keine Zeit zum Arbeiten übrig bleibt. Der Psychiater von heute muß wissenschaftlich weiter fortarbeiten und sich betätigen, schon im wohlverstandenen Interesse der Kranken. Er steht dann gewiß höher, als derjenige, der sich nur auf die Betätigung des reinen Anstaltsdienstes stellt. Der Direktor sollte seine Ärzte zu eigenen Arbeiten anleiten.

ginnen, so wäre es am besten, wenn ein Maximum der Zeilenlänge für ein Referat vorgeschrieben würde und dieses nur bei den wichtigeren Arbeiten resp. Büchern erreicht werden dürfte. Freilich ist: wichtig oder weniger wichtig, ein sehr relativer Begriff, der am schärfsten nur durch einen wirklichen Sachkenner unterschieden würde. Die Rücksicht auf die Länge ist aber geboten aus Geld- und Zeitrücksichten.

Von den drei angezogenen Arten von Referaten hat jede ihre besonderen Vorzüge, und es erscheint daher weniger rätlich, alle Arbeiten nach gleicher Schablone zu behandeln. Da sind zunächst die Eigen- und Fremdreferate. Bei den ersteren*) ist der Verf. am sichersten, daß das Referat so ausfällt, wie er es wünscht und verstanden sein will. Aber nur zu leicht ist er geneigt, dasselbe zu sehr auszudehnen oder schon bekannte Tatsachen wieder aufzutischen. Bei schwierigen Materien ist diese Art von Berichten jedoch sehr zu empfehlen, da sonst leicht Mißverständnisse unterlaufen. Oder man gibt am Ende seiner Arbeit selbst, wie es oft genug geschieht, eine Zusammenstellung der Hauptresultate, die dann ein dritter in seinen Bericht einfach übernehmen kann, das sicherste Verfahren.

Das Gewöhnliche sind aber Fremdreferate und diese müssen wir uns daher etwas genauer ansehen. Da treffen wir denn zunächst auf die rein objektiven, für viele Leser die wertvollsten, da sie das Original am treuesten wiederspiegeln. Wenn man nur immer sichere Gewähr dafür hätte! Leider geschieht dies nicht immer. Je erfahrener der Referent ist, um so klarer wird der Bericht ausfallen und die Hauptpunkte werden besser hervorgehoben. Auch die Länge des Referats spielt eine Rolle, da man bei größerem Raum manche Nebenpunkte erwähnen kann, die sonst wegbleiben müßten. Prekärer, aber für die Leser oft interessanter und instruktiver, sind jedoch die kritisierenden, mehr subjektiven Referate, die von einer Aufzählung auch nur der Hauptergebnisse absehen, dafür aber einige wichtige Punkte herausgreifen und an ihnen Kritik üben. Sie verlangen natürlich durchaus einen Sachverständigen, der allein den Gegenstand und seine Literatur ganz beherrscht. Dann aber sind sie wertvoll und der Ref. kann selbst sogar vom Eigenen hinzugeben, wodurch das Ganze noch gewinnen muß.

Ein Mittelding stellt das zugleich referierende und kritisierende Referat dar. Diese Art ist vielleicht von allen die beste Lösung, setzt aber natürlich gleichfalls nur einen Sachverständigen voraus. Alle drei Arten von Berichten lassen sich gleichfalls auf Bücher anwenden. Auch hier ist die dritte Art vielleicht am meisten zu empfehlen. Wer eine Materie nicht ganz beherrscht — und keiner kann alles genau umfassen! — sollte nur das objektive Referat pflegen, wenigstens gibt er sich dann keine Blößen, wenngleich er nicht imstande sein wird, sicher die Haupt- von den Nebenpunkten zu trennen. Daher ist diese Art besonders von Anfängern anzuwenden.

Über ein Buch zu referieren ist natürlich viel schwieriger, als über eine einzelne Arbeit. Hierbei kann verschieden verfahren werden, was ich aber hier nicht weiter berühren will. Manche machen sich die Sache sehr leicht, indem sie nur die Inhaltsangabe wiedergeben, was jeder Tropf ausführen kann. Schwieriger noch und zeitraubender ist es aber ein Sammelreferat zu schreiben, und hier kommt es vor allem darauf an, daß man die Hauptdaten zu fassen weiß. Aber auch nach Gesprochenem ist es schwerer einen kurzen Bericht zu geben, als nach Gedrucktem. Nicht nur muß hierbei die Aufmerksamkeit, die ja normalerweise fortwährend auf- und abschwankt, eine höchst gespannte sein, sondern man weiß oft nicht von vornherein, was die wesentlichsten Resultate sein werden, wodurch das Referat oft einen unfertigen Eindruck hinterläßt. Das gilt noch mehr von den Kongreßberichten, und vorzüglich von den internationalen. Hier wäre es das Richtigste, was ja auch oft genug geschieht, daß die Redner selbst einen kurzen Auszug ihres Vortrags dem Referenten zum Drucke übergeben.

Den höchsten Grad der Vollkommenheit würden freilich die Referate erst dann erlangen, wenn nur wirklich Sachverständige, denen dann die für sie zuständigen Arbeiten zum Berichte zugesandt würden, der Referattätigkeit sich annehmen würden. Für die vielen wissenschaftlichen Spezialitäten müßten aber sehr viele solcher zur Verfügung stehen und die sind dafür leider nicht immer zu haben, besonders wenn es anerkannte Größen sind. Nur hier und da lassen sie sich einmal dazu herbei. Somit soll in der Hauptsache das Referieren in den Händen von Anfängern liegen, die deshalb am besten nur rein objektiv verfahren sollten. Man darf dann die Ansprüche nicht zu hoch stellen. Die wissenschaftliche Tätigkeit der meisten beginnt ja mit der Berichterstattung. Im Laufe der Zeit und der Erfahrung wird dann der Referent immer sicherer und er wird

*) Am besten als „Selbst- oder Eigenbericht“ zu bezeichnen. Will man ein Fremdwort wählen, so erscheint „Autor-Referat“ besser als „Autoreferat“, da letzteres eine hybride, barbarische, aus Latein und Griechisch zusammengesetzte Form ist.

immer mehr einsehen, daß es eine wahre Kunst bedeutet und eine nicht zu unterschätzende wissenschaftliche Leistung ist, wenn der Bericht gut sein soll. Er wird auch der großen Verantwortlichkeit gedenken, die er übernimmt, wenn er ein Original möglichst getreu wiedergeben soll, da durch ein schlechtes Referat die Arbeit eines Autors nur zu leicht diskreditiert werden kann und wenige Zeit und Lust haben, das Original selbst nachzulesen.

So wird sich der Anfänger würdig die literarischen Sporen verdienen und ein einsichtiger Anstaltsleiter wird darauf sehen, daß seine jüngeren Kollegen neben wissenschaftlichen Arbeiten auch fleißig Referate liefern. Sie werden daraus selbst am meisten lernen. Nicht nur sind sie so gezwungen, eine Menge von Arbeiten zu lesen, die sie sonst nicht gelesen haben würden, sondern sie lernen auch scharf aufpassen, nachdenken, vergleichen und sammeln nebenbei allmählich eine große Menge von Wissensstoff für sich an, der ihnen später bei selbständigen Arbeiten von Nutzen sein kann. Auch stilistisch ist eine solche Übung gut.

Die ganze Berichterstattung würde aber wahrscheinlich auf einer noch höheren Stufe stehen, wenn es für dieselbe eine Vorschule gäbe, die zurzeit noch ganz fehlt. Man sollte hierbezüglich in den oberen Klassen der Gymnasien nicht nur deutsche Aufsätze machen lassen, sondern auch Referate über eine vorgetragene oder gelesene Geschichte etc., und zwar in verschiedener Länge, um die Schüler zu gewöhnen, immer mehr die Hauptsache herauszuarbeiten. Man würde dann sehen, wie verschiedenes dabei zutage treten wird! Als Quintessenz des Ganzen könnte man endlich zum Telegrammstil übergehen, der bekanntlich in Amerika mit Recht in eigenen Reporter-Anstalten gepflegt wird.

Zweck dieser Zeilen war es, die noch so oft verächtlich behandelte Referattätigkeit in das rechte wissenschaftliche Licht zu rücken und ihre verschiedenen Arten kurz zu beleuchten. Ich schöpfe hierbei aus eigener, großer Erfahrung, da ich mehrere Tausende von Referaten aller Art selbst anfertigte und noch viel mehr solcher gelesen habe, auch viel darüber nachgedacht habe.

Mitteilungen.

— Reglement, Hausordnung und Dienstanweisungen für die Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Ein unter diesem Titel soeben von der Rhein. Provinzialverwaltung ausgegebenes Buch enthält neben dem „Reglement über Aufnahme und Entlassung der der Fürsorge des Rheinischen Provinzial- (und Landarmen)verbandes anheimfallenden Geisteskranken, Idioten, Epileptiker, Taubstummen und Blinden in und aus öffentlichen und privaten Anstalten sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung der Rhein. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten", die „Hausordnung" und eine Reihe „Dienstanweisungen", beides in der vom Prov.-Ausschuß am 4. Juni 1912 genehmigten Fassung. Die Dienstanweisungen erstrecken sich auf folgende Kategorien von Funktionären: Direktoren, Ärzte, Verwalter, Rendanten, Verwaltungsassistenten, Betriebsingenieur und Maschinenmeister, Oberpfleger und Oberinnen, Gärtner, Hofmeister, Küchenvorsteherinnen, Wäschevorsteherinnen, Stationspfleger und Stationspflegerinnen.

Wenn diese neuen Bestimmungen sich auch nur auf die Verhältnisse der Rheinischen Provinzialanstalten gründen, so erscheinen sie doch nach dem Geist, der aus ihnen spricht, und bei dem weiten Spielraum, der für die Berücksichtigung örtlicher Verschiedenheiten offen gelassen ist, sehr geeignet, um als mustergiltig allgemein bei Anpassung alter Bestimmungen an neue Verhältnisse zu Rate gezogen zu werden. Insbesondere gilt dies auch für die Dienstanweisungen für Direktoren und Ärzte. Dieselben sind nachstehend abgedruckt.

Dienstanweisung für die Direktoren der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten.

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Der Direktor der Anstalt leitet alle ärztlichen und Verwaltungsangelegenheiten und ist der Vertreter der Anstalt nach außen in Gemäßheit des Reglements über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten vom 9. März und 11. Dezember 1910 (im folgenden mit „Reglement" bezeichnet).

§ 2. Seine nächste vorgesetzte Dienstbehörde ist der Landeshauptmann der Rheinprovinz. Der Direktor ist verpflichtet, dessen dienstliche Anordnungen auszuführen, die vorgeschriebenen Berichte pünktlich zu erstatten, besondere Vorfälle in der Anstalt auch unaufgefordert anzuzeigen und jede gewünschte Auskunft zu erteilen.

§ 3. Der Direktor ist der Vorgesetzte der Ärzte, Beamten und sämtlicher Pflege- und Dienstpersonen, die seinen dienstlichen Anordnungen Folge zu leisten haben und seiner Disziplinargewalt in den in der Provinzialordnung und den Dienstanweisungen vorgesehenen Grenzen unterworfen sind. Er hat darüber zu wachen, daß alle ihm untergeordneten Angestellten ihre Dienstgeschäfte gewissenhaft erledigen, und die

Ordnung und Disziplin in der ganzen Anstalt aufrecht erhalten wird.

Er hat aber auch nach Möglichkeit dafür Sorge zu tragen, daß bei jedem Beamten Arbeitsfreude und Interesse an der ihm übertragenen Tätigkeit und das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit rege gehalten wird.

Anordnungen innerhalb des dem einzelnen Beamten übertragenen Wirkungskreises sollen möglichst erst nach Anhörung oder unter Mitwirkung des betreffenden Beamten getroffen werden.

§ 4. Der Direktor hat das auf Kündigung anzunehmende niedere Anstaltspersonal anzustellen und zu entlassen, soweit hierfür nicht besondere Bestimmungen bestehen oder im Einzelfalle besondere Anweisungen ergehen.

§ 5. Die Ärzte, Beamten und das übrige Anstaltspersonal kann der Direktor bis auf acht Tage, sich selbst bis auf drei Tage beurlauben. Weiteren Urlaub bis zu sechs Wochen erteilt der Landeshauptmann und darüber hinaus der Provinzialausschuß.

§ 6. Der Direktor empfängt alle an die Anstalt gerichteten Zusendungen und vollzieht die von der Anstalt ausgehenden Schriftstücke, soweit nicht in dieser Dienstanweisung oder in den Dienstanweisungen für andere Anstaltsbeamte etwas Abweichendes bestimmt ist. Auf den eingehenden Schriftstücken vermerkt der Direktor den Namen desjenigen Beamten, der für die Erledigung derselben zuständig ist. Alle wichtigeren Schriftstücke unterzeichnet der Direktor selbst; ist er verhindert, vollzieht sie sein Stellvertreter „In Vertretung". In minderwichtigen Angelegenheiten kann der Direktor allgemein oder im einzelnen Falle die Erledigung und Vollziehung der Schriftstücke entweder einem Oberarzte oder einem anderen Abteilungsarzte, der dann „Im Auftrage" zeichnet, übertragen.

§ 7. Der Direktor darf sich mit den Unternehmern und Lieferanten der Anstalt in keine Geldgeschäfte einlassen, auch selbst keine Lieferungen für die Anstalt übernehmen oder sich an solchen beteiligen.

II. Der ärztliche Dienst.

§ 8. Eine Hauptaufgabe des Direktors ist die Regelung und Überwachung des gesamten ärztlichen Dienstes.

Soweit der Direktor nicht die Behandlung einzelner Kranken oder der Kranken einzelner Abteilungen sich selbst vorbehält, überweist er jedem Oberarzte und Anstaltsarzte eine Abteilung der Anstalt, auf der der betreffende Arzt („Abteilungsarzt") unter Einräumung möglichster Selbständigkeit und unter eigener Verantwortung die Kranken behandelt.

Bei der Überweisung der Abteilungen wird der Direktor auf berechtigte Wünsche nach Möglichkeit Rücksicht nehmen, doch hat kein Arzt in dieser Beziehung besondere Rechte und Ansprüche, auch nicht etwa wegen höheren Dienstalters.

Den Abteilungsärzten gegenüber wird der Direktor sich darauf beschränken können, als Konsiliarius tätig zu sein, doch bleibt es ihm, wenn er dies im Interesse der Anstalt und der Kranken oder im Interesse einheitlicher Krankenbehandlung für nötig hält, auch unbenommen, selbständig einzugreifen; er ist hierzu verpflichtet, wenn er Fehlgriffe oder eine mangelhafte Pflichterfüllung wahrnimmt.

Falls der Direktor sich wegen der Größe der Anstalt und der starken Aufnahmezahl den Überblick über den ärztlichen Dienst nicht bewahren kann, so hat er sich durch einen von ihm zu bestimmenden Oberarzt in einzelnen Abteilungen der Anstalt bei der Überwachung des ärztlichen Dienstes unterstützen, oder, wenn nötig, ganz vertreten zu lassen.

Für ein ersprießliches Zusammenwirken ist von großer Wichtigkeit ein kollegiales Verhältnis unter den Ärzten, dessen Pflege die besondere Sorge des Direktors sein soll.

§ 9. Der Direktor leitet als Vorsitzender die Ärztekonferenzen. Diese haben den Zweck, durch gemeinsame Beratung über Fragen des ärztlichen Dienstes, durch Besprechung über die Kranken, besonders die Neuaufgenommenen, über ihre Behandlung, Entlassung, Beurlaubung, über die wichtigsten Vorkommnisse im Anstaltsleben das einheitliche Zusammenwirken der Ärzte zu sichern. An jedem Werktage findet eine solche Konferenz nach den ersten ärztlichen Visiten statt. Bei besonderer Größe der Anstalt können die Ärztekonferenzen in zwei Abteilungen stattfinden und kann der Direktor die Leitung der Konferenzen zum Teil einem Oberarzte übertragen.

§ 10. Der Direktor hat auch die Ärzte zu wissenschaftlicher Betätigung anzuregen und zu dem Zwecke, soweit erforderlich und angängig, besondere wissenschaftliche Konferenzen abzuhalten.

§ 11. Der Direktor entscheidet über Aufnahme wie Entlassung und Beurlaubung der Kranken nach Maßgabe des Reglements und zwar über Beurlaubung und Entlassung in der Regel nach Anhörung des zuständigen Abteilungsarztes.

§ 12. Den Briefwechsel mit den Angehörigen der Kranken führen die Abteilungsärzte selbständig, soweit nicht im Einzelfalle der Direktor sich die Erledigung vorbehält.

§ 13. Die Erstattung von Gutachten überträgt der Direktor, soweit er sie nicht selbst übernimmt, den Ärzten, die ihm hierzu geeignet erschienen.

§ 14. Die Ausübung von Privatpraxis außerhalb der Anstalt mit Ausnahme von Konsultationen ist dem Direktor untersagt.

III. Der Verwaltungsdienst.

§ 15. Wie den ärztlichen Dienst hat der Direktor auch die gesamte Verwaltung zu überwachen und zu leiten. Seine wichtigsten Hilfskräfte auf dem Gebiete der Verwaltung sind der Verwalter und der Rendant. Solche Einzelheiten der Verwaltung, die regelmäßig wiederkehren oder von geringerer Bedeutung sind, kann der Direktor dem Verwalter bezw. dem Rendanten zur selbständigen Erledigung überlassen.

In solchen Angelegenheiten kann der Verwalter bezw. der Rendant auch nach außen unter dem Vordruck „Der Verwalter der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt" bezw. „Die Kasse der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt" selbständigen Schriftwechsel im Namen der Anstalt führen.

§ 16. Dem Direktor wird bei allen Ausgaben möglichste Sparsamkeit und die Innehaltung der im Haushaltsplan festgesetzten Summe zur besonderen Pflicht gemacht. Bevorstehende Überschreitungen hat der Direktor zeitig dem Landeshauptmann anzuzeigen.

§ 17. Die Lieferungsverträge hat der Direktor nach vorhergegangener Genehmigung des Landeshauptmanns abzuschließen, auch sich von Zeit zu Zeit persönlich von der Beschaffenheit der gelieferten Waren zu überzeugen.

§ 18. Dauernde Abweichungen von der vorgeschriebenen Speiseordnung bedürfen der Genehmigung des Landeshauptmanns, vorübergehende Abweichungen innerhalb der durch den Haushaltsplan vorgeschriebenen Grenzen sind dem Direktor aus wirtschaftlichen und ärztlichen Gründen gestattet.

§ 19. Hinsichtlich der baulichen Verwaltung gelten die hierüber bestehenden besonderen Bestimmungen.

§ 20. Der Direktor veranlaßt die Versicherung der Anstaltsgebäude und des beweglichen Anstaltseigentums gegen Feuersgefahr und hat strenge darauf zu achten, daß die zum Schutze gegen Feuersgefahr erlassenen Bestimmungen und Verordnungen den Anstaltsbeamten bekannt sind und von denselben befolgt werden.

§ 21. Allmonatlich hat der Direktor eine Prüfung der Anstaltskasse vorzunehmen, über deren Ergebnis an den Landeshauptmann zu berichten, die monatlichen und vierteljährlichen Kassenauszüge zu prüfen, und die alljährlich aufzustellenden Hauptgeld-Rechnungen nebst den Belägen dem Landeshauptmann vorzulegen.

§ 22. Die sämtlichen Einnahmen und Ausgaben der Anstaltskasse hat der Direktor anzuweisen.

§ 23. Der Direktor hat zu dem vom Landeshauptmann bestimmten Zeitpunkt unter Beihilfe des Rendanten und Verwalters einen Haushaltsplan aufzustellen und einzureichen.

§ 24. Der Direktor hat nach Bedarf Verwaltungskonferenzen abzuhalten, an denen die Ärzte, der Verwalter, der Rendant, der Oberpfleger, die Oberin und sonstige vom Direktor zu bestimmende Beamte der Anstalt teilnehmen. In diesen Konferenzen werden die von den Behörden ausgehenden Anordnungen und Verfügungen, die dazu bestimmt oder geeignet sind, bekannt gegeben, allgemeine und spezielle wirtschaftliche Fragen erörtert und bauliche, hygienische und technische Angelegenheiten besprochen.

Zur weiteren Ausbildung in der Verwaltung kann der Direktor den Ärzten, die sich hierfür interessieren, zumal den Oberärzten, besondere Gelegenheit geben, unter anderem dadurch, daß er sie teilnehmen läßt an den besonderen Rücksprachen mit dem Verwalter.

Dienstanweisung für die Ärzte der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten.

A. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Sämtliche Ärzte sind dem Direktor als ihrem Vorgesetzten untergeordnet und haben seine dienstlichen Weisungen und Anordnungen innerhalb der Grenzen des Reglements und der Hausordnung zu befolgen.

§ 2. Die Ärzte haben den ihnen übertragenen ärztlichen Dienst in der vom Direktor bestimmten Ausdehnung nach Maßgabe dieser Dienstanweisung unter besonderer Berücksichtigung des § 23 des Reglements gewissenhaft zu verrichten.

§ 3. Jeder Arzt ist für seine ärztlichen Maßnahmen in erster Linie selbst verantwortlich.

§ 4. Die Ärzte haben die festgesetzten Dienststunden pünktlich einzuhalten. Zu einer Entfernung aus der Anstalt während derselben bedarf es der Genehmigung des Direktors.

Zu jeder Tages- und Nachtzeit müssen nach Bedarf ein oder mehrere Ärzte in der Anstalt anwesend sein („Tagesärzte"). Der Name dieser Ärzte ist in geeigneter Weise bekannt zu geben.

Für die Reihenfolge ist Übereinkommen oder ein festgesetzter Wechsel maßgebend.

An Sonn- und Feiertagen werden tunlichst die für den Tagesdienst nicht erforderlichen Ärzte durch den Direktor vom Dienst befreit.

§ 5. Jeder Arzt erhält im allgemeinen, soweit der Dienst es gestattet, einen jährlichen Erholungsurlaub von insgesamt einem Monat. Soweit die Dauer des Urlaubs im einzelnen Falle acht Tage nicht überschreitet, kann er vom Direktor erteilt werden, darüber hinausgehender Urlaub ist durch Vermittelung beim Landeshauptmann zu beantragen. Die durch Beurlaubung oder Erkrankung nötigen Vertretungen im Dienste werden durch den Direktor geregelt.

§ 6. Die Ärzte haben darauf zu sehen, daß die Kranken von dem Personal in vorschriftsmäßiger, humanster Weise behandelt werden (§ 3 der Hausordnung). Bemerken sie in dieser Beziehung Verfehlungen oder Mißstände, so haben sie diese, wenn sie geringfügiger Natur sind, sofort zu rügen und abzustellen, wenn sie erheblicher sind, außerdem dem Direktor anzuzeigen.

§ 7. Bei Mitteilungen über Kranke, Personen oder Verhältnisse der Anstalt ist auch über die Wahrung des amtlichen und ärztlichen Dienstgeheimnisses hinaus Vorsicht und Zurückhaltung zu beobachten.

§ 8. Die Ärzte sollen im Anstalts- und eigenen Interesse bemüht sein, das gute Einvernehmen unter einander, zu den Beamten und zu den übrigen Bewohnern der Anstalt zu pflegen und zu fördern.

Um den Kranken den Aufenthalt in der Anstalt möglichst angenehm zu gestalten, haben sich namentlich die jüngeren Ärzte auch in geselliger Beziehung den geeigneten Kranken zu widmen, ihren geselligen Verkehr zu fördern, ihnen in Bezug auf Lektüre, Spiele, Unterhaltungen usw. helfend und leitend beizustehen, sie auf Ausflügen zu begleiten und größere Festlichkeiten und Vergnügungen in der Anstalt mit einzuleiten und deren Ausführung nach Kräften zu unterstützen.

§ 9. Es wird erwartet, daß die Ärzte die Pflege der Wissenschaft, namentlich der psychiatrischen Fach-

wissenschaft sich zur besonderen Aufgabe machen, daß sie daher von den zu ihrer Fortbildung und zu dem Zwecke wissenschaftlicher Forschungen vorhandenen Hilfsmitteln fleißigen Gebrauch machen und sich auch sonst wissenschaftlich zu betätigen suchen, unter anderem auch durch literarische Arbeiten und Vorträge.

Arbeiten, die mit Benutzung des von der Anstalt gebotenen Materials ausgeführt werden oder sich auf die in der Anstalt beobachteten Krankheitsfälle beziehen, dürfen nur mit Genehmigung des Direktors veröffentlicht werden.

§ 10. Die Ärzte haben an den vom Direktor angesetzten Konferenzen (§ 9, 10 und 24 der Dienstanweisung des Direktors), an den Leichenöffnungen und mikroskopischen und chemischen Untersuchungen, an statistischen und wissenschaftlichen Anstaltsarbeiten nach den Bestimmungen des Direktors teilzunehmen.

§ 11. Insoweit als den Angestellten der Anstalt und deren Familien nach gesetzlichen oder sonstigen Bestimmungen freie ärztliche Behandlung seitens der Anstalt zu gewähren ist, ist jeder Arzt verpflichtet, nach Anweisung des Direktors auch die genannten Personen ärztlich zu behandeln.

Die Ausübung von Privatpraxis außerhalb der Anstalt mit Ausnahme von Konsultationen ist den Ärzten untersagt.

§ 12. Die Ärzte haben auch bei ihren ärztlichen Anordnungen die wirtschaftlichen Interessen der Anstalt wahrzunehmen und sich möglichster Sparsamkeit zu befleißigen.

B. Die Vertretung des Direktors.

§ 13. Der Landeshauptmann setzt für jede Anstalt die Reihenfolge fest, in der die Oberärzte den Direktor zu vertreten haben. Der Stellvertreter des Direktors übernimmt bei dessen Behinderung und Abwesenheit die Leitung der Anstalt, hat aber streng nach dem Reglement, der Dienstanweisung des Direktors sowie nach dessen allgemeinen und besonderen Anordnungen die Geschäfte zu führen; er hat es zu unterlassen, Anordnungen und Einrichtungen zu treffen, die von weitergehender Bedeutung sind und ohne Nachteil bis zur Erledigung durch den Direktor aufgeschoben werden können. In die ärztliche Tätigkeit der anderen Ärzte soll er im allgemeinen nur dann eingreifen, wenn sie gegen offenbare Regeln der ärztlichen Kunst oder die Bestimmungen des Direktors verstößt, oder Anordnungen bei ihr getroffen werden, die die Verwaltung berühren. In Streitfällen entscheidet auf jeden Fall vorläufig der Stellvertreter, vorbehaltlich der endgültigen Entscheidung des Direktors oder des Landeshauptmanns.

§ 14. Der erste Stellvertreter des Direktors hat auch in Anwesenheit des Direktors die Pflicht, ihn in der Förderung aller Anstaltsinteressen und der Verwaltungsgeschäfte zu unterstützen und kann ihn auch in bestimmten Dienstzweigen ständig vertreten, besonders dann, wenn die Größe der Anstalt und der Umfang der Geschäfte es nötig machen. Vor allem hat daher der erste Stellvertreter des Direktors die Pflicht, sich die für seine weiteren Aufgaben nötigen Sachkenntnisse anzueignen. Er hat sich über alle wichtigeren Anstaltsangelegenheiten, insbesondere auch solche, die die Verwaltung betreffen, auf dem Laufenden zu halten, von allen ein- und ausgehenden wichtigeren Schriftstücken nach Bestimmung des Direktors Kenntnis zu nehmen und auf Ersuchen des Direktors an den Besprechungen mit den Verwaltungsbeamten teilzunehmen. Nach dem Umfange der ihm übertragenen Verwaltungsgeschäfte ist er von der Krankenbehandlung zu entlasten.

§ 15. Der Direktor kann einzelnen Oberärzten einen bestimmten Kreis seiner Geschäfte, sei es des ärztlichen oder des Verwaltungsdienstes zu selbständiger Erledigung unter seiner Oberaufsicht übertragen, entweder für die ganze Anstalt oder für bestimmte Abteilungen, z. B. die Annahme und Verteilung des Pflegepersonals, die Versetzung von Kranken aus einer Abteilung in die andere, sowie deren Entlassung, die Nahrungsmittelkontrolle, die Überwachung des ärztlichen Dienstes (§ 8 der Dienstanweisung des Direktors). Den Entscheidungen dieser Oberärzte im Umfange dieser Geschäfte haben sich die anderen Ärzte zu unterwerfen, unbeschadet des Rechts, die Entscheidung des Direktors einzuholen.

C. Abteilungsärzte.

§ 16. Jedem Oberarzte und jedem Anstaltsarzte wird vom Direktor eine besondere Abteilung der Anstalt überwiesen (§ 8 der Dienstanweisung des Direktors). Auf dieser Abteilung haben diese Ärzte („Abteilungsarzt") die Kranken möglichst selbständig und auf eigene Verantwortung zu behandeln, sich jedoch im Interesse der Einheitlichkeit der Behandlung nach den Grundsätzen des Direktors zu richten und seinen Anregungen und Weisungen nachzukommen. Der ihnen anvertrauten Abteilung haben die Abteilungsärzte ihre ganze Kraft zu widmen und auch die Tätigkeit des auf der Abteilung beschäftigten Personals durch strenge Überwachung, Belehrung und Aneiferung zu einer möglichst gedeihlichen zu gestalten und auf die genaueste Einhaltung der Hausordnung und der Dienstanweisungen zu dringen. Sie machen die tägliche Morgenvisite, haben aber die Pflicht, so oft wie möglich, auf jeden Fall aber noch einmal täglich und bisweilen auch unvermutet und nachts ihre Abteilung zu besuchen. Sie bestimmen innerhalb ihrer Abteilung den Aufenthalt eines jeden Kranken und beantragen Versetzungen auf andere Abteilungen. Auch über das Verhalten der Kranken außerhalb der Anstaltsgebäude haben sie zu wachen. Erhält ihre Abteilung Zuwachs von Neuaufgenommenen, so haben sie alsbald eine genaue ärztliche Untersuchung des Kranken vorzunehmen und den Befund in das Krankenblatt einzutragen, wofern nicht die ärztliche Untersuchung der Neuaufgenommenen vom Direktor unter die Ärzte anderweit verteilt wird. Aber auch in diesem Falle haben die Abteilungsärzte sich auch selbst über den körperlichen und geistigen Zustand eines jeden in ihre Abteilung aufgenommenen Kranken durch sorgfältige Untersuchung zu unterrichten. Sie führen die Krankengeschichten ihrer Kranken selbst oder sind für die Führung verantwortlich und erledigen den Schriftverkehr mit den Angehörigen der Patienten sowie

die Anfragen der Staatsanwaltschaft und anderer Behörden, soweit nicht der Direktor anders bestimmt. Sie begleiten den Direktor bei seinen Visiten auf der Abteilung, sofern er dies wünscht.

§ 17. Neben der Krankenbehandlung liegt den Abteilungsärzten die Sorge für eine gute Krankenpflege ob. Sie haben sich von der guten Beschaffenheit der Nahrungsmittel, der Schmackhaftigkeit der Speisen und der vorschriftsmäßigen Verteilung der Extraverordnungen zu überzeugen und auf gute Bekleidung und Lagerung der Kranken zu achten.

Sie sorgen ferner dafür, daß alle Räumlichkeiten ihrer Abteilung sich in einem möglichst günstigen hygienischen Zustand befinden, daß die Krankenräume ordnungsgemäß erwärmt, gelüftet und beleuchtet sowie reinlich und sauber gehalten werden, sie haben dem gefälligen Aussehen und der sorgfältigen Instandhaltung der Räume, der Unversehrtheit und Brauchbarkeit des Inventars andauernd ihre Aufmerksamkeit zu widmen und wegen zweckmäßiger Änderungen dem Direktor Vorschläge zu machen; sie prüfen die Feuerlöscheinrichtungen und das Vertrautsein des Personals mit diesen.

Sie sorgen für die rechtzeitige, den religiösen Bestimmungen entsprechende Behandlung der Sterbenden.

Sie treffen Bestimmung über die Art und Dauer der Beschäftigung der Kranken, wobei auf die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Anstalt möglichst Rücksicht zu nehmen ist, beaufsichtigen den Arbeitsbetrieb der Pfleglinge, bestimmen ihre Teilnahme an den Unterhaltungen, Zerstreuungen und gottesdienstlichen Übungen, überwachen ihre Korrespondenz und entscheiden über die Besuchsfähigkeit.

Über alle wichtigeren ärztlichen und Verwaltungsangelegenheiten, notwendige bauliche Veränderungen oder Reparaturen ihrer Abteilung haben sie dem Direktor je nach der Dringlichkeit des Falles tunlichst bald zu berichten.

D. Assistenz- und Volontärärzte.

§ 18. Die Assistenz- und Volontärärzte sind die Gehilfen der Abteilungsärzte. Sie haben sie in all ihren Obliegenheiten zu unterstützen und, soweit sie dazu geeignet sind, auch zu vertreten. Sie können in geeigneten Fällen mit einem selbständigen Wirkungskreise, insbesondere mit der Vertretung von Abteilungsärzten betraut werden. Die Vertretung wird durch den Direktor nach Rücksprache mit dem Abteilungsarzte geregelt.

Die Assistenz- bzw. Volontärärzte sollen durch die älteren Ärzte in ihrer wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit unterstützt und gefördert werden.

E. Tagesärzte.

§ 19. Die Ärzte vom Tagesdienst haben die Aufnahme von Kranken zu besorgen und sich von den Begleitern über alles, was zur Vervollständigung des Krankenberichts dienen kann, Auskunft zu holen. Sie übergeben den Kranken dem mit den Aufnahmen beauftragten Pfleger zugleich mit den erforderlichen Anweisungen über seine Unterbringung und Behandlung und machen dem betreffenden Abteilungsarzt Anzeige von der Aufnahme. Bei Zuführung von Kranken, deren Anstaltspflegebedürftigkeit zweifelhaft, oder deren Aufnahme aus anderen Gründen bedenklich erscheint, haben sie die Entscheidung des Direktors oder dessen Stellvertreters einzuholen.

Ferner umfaßt der Tagesdienst die Abfertigung von Besuchen, wenn nicht der Direktor oder der Abteilungsarzt sie erledigt, ferner, falls der betreffende Abteilungsarzt nicht gleich zu erreichen ist, die Hilfeleistung bei plötzlichen Erkrankungen, Unglücksfällen und sonstigen Vorkommnissen, die ein sofortiges Eingreifen des Arztes nötig machen. Außerdem haben die Ärzte vom Tagesdienst des Abends je nach der Zahl der den Tagesdienst versehenden Ärzte und nach den Bestimmungen des Direktors in der ganzen Anstalt, oder in bestimmten Abteilungen Visite zu machen und die von den Abteilungsärzten angeordneten ärztlichen Maßnahmen auszuführen bezw. sich von ihrer Ausführung zu überzeugen. Sie sind berechtigt, diese Maßnahmen erforderlichenfalls abzuändern und sonst etwa durch eine Änderung im Zustande eines Kranken notwendig gewordene Maßnahme zu treffen. Sie haben hiervon, wie auch von allen wichtigeren Ereignissen, am nächsten Morgen dem betreffenden Abteilungsarzt Mitteilung zu machen. Bei außergewöhnlichen Ereignissen haben sie sofort den Abteilungsarzt, und je nach Lage des Falles auch den Direktor zu benachrichtigen.

§ 20. Jeder Arzt hat in denjenigen Abteilungen der Anstalt, in denen er Tagesdienst zu tun hat, sich so auf dem Laufenden zu halten, daß er bei Beurlaubung oder Erkrankung eines Arztes sofort die Vertretung übernehmen kann.

F. Zuweisung bestimmter Obliegenheiten an einzelne Ärzte.

§ 21. Der Direktor kann einzelnen Ärzten besondere Aufgaben übertragen wie die Ausbildung des Pflegepersonals durch Vorträge und Übungen, die Verwaltung der Laboratorien und der pathologisch-anatomischen Sammlung und der wissenschaftlichen und der Unterhaltungsbibliothek usw. Der betreffende Arzt hat die Sorge für Instandhaltung und Inventarisierung der chirurgischen und anatomischen Instrumente, für sorgfältige Verwahrung der pathologisch-anatomischen Sammlung, zweckentsprechende Einrichtung und Haltung der Laboratorien, für die pünktliche, ordnungsmäßige Katalogisierung der Bücher der Bibliothek, rechtzeitiges Einbinden derselben und führt eine Kontrolle über die Benutzung der Bibliothek.

Wöchentlich zu bestimmter Zeit hat er, soweit die Unterhaltungslektüre in Frage kommt, Gelegenheit zum Wechseln der Bücher zu geben. Zu Neubeschaffungen von Instrumenten, Büchern usw. bedarf es der Genehmigung des Direktors, dem Vorschläge zu unterbreiten sind.

G. Verwaltungsdienst.

§ 22. Sämtliche Ärzte, besonders aber die dienstälteren, haben die Pflicht, auch den Verwaltungsangelegenheiten Aufmerksamkeit zu schenken, sich im Verwaltungsdienst nach Möglichkeit zu unterrichten und an den hierzu bestimmten Verwaltungs-

konferenzen (§ 24 der Dienstanweisung des Direktors) nach Bestimmung des Direktors teilzunehmen. Den Ärzten, die dies wünschen, ist Gelegenheit zu geben, sich durch Beschäftigung auf dem Bureau des Verwalters und des Rendanten unter deren Anleitung in Verwaltungsangelegenheiten zu unterrichten. Auch können zu diesem Zwecke Ärzte vorübergehend an der Zentralstelle in Düsseldorf beschäftigt werden.

In die Verwaltung selbst durch Anordnungen einzugreifen, ist nur Sache des Direktors oder seines Stellvertreters oder des vom Direktor nach § 15 dieser Dienstanweisung beauftragten Oberarztes.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Leubus (Schles.)

Assistenz- bezw. Abteilungs-Arztstelle

sofort zu besetzen. Gehalt für Assistenzärzte 1800—2000 M. bei freier Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Beköstigung, für Abteilungsärzte 3000—6600 M. bei freier Wohnung und Beheizung. Anderweitig verbrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Bakteriologische Vorbildung erwünscht. Bewerbungen nimmt entgegen die Direktion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 33. 16. November **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Betriebskosten und Anstaltsgrösse.

Von Reg.-Rat Dr. *Jos. Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling.

Vortrag, gehalten bei der Hauptversammlung des österr. psychiatr. Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Meine Herren!

Es gibt zurzeit kaum eine Frage im Anstaltswesen, die für unser Berufs- und Anstaltsleben von größerer Bedeutung wäre, als die Frage nach der Größe der Irrenanstalten. Je mehr man sich damit befaßt, desto einschneidender erscheint sie und desto deutlicher wird einem die absolute Forderung nach ihrer Klärung und Lösung. Bauliche, administrative und nicht zum wenigsten ärztliche und Standesinteressen sind es, die da berührt werden und aufs innigste mit der Größe der Anstalten verknüpft erscheinen. Bei jedem Schritte, den man auf dem einen oder anderen dieser Gebiete unternimmt, stößt man auf diesen Punkt und vermißt dessen Abgrenzung. Ich glaube daher nicht zuviel zu behaupten, wenn ich sage, ohne Lösung dieser Frage bleibt jede weitere Entwicklung des Anstaltswesens fragwürdig und unsicher.

Die Größe der Anstalten bildet heute allerdings nicht den Hauptgegenstand meiner Untersuchung. Da aber das Größenmaß der Irrenanstalten das Ziel derselben darstellt, ist es nötig, diesen Punkt soweit eingangs mit zu behandeln, als zum Verständnis des ganzen Themas nötig erscheint.

Es mag vielleicht gut sein, vorauszuschicken, daß, wenn auch die Ärzte das Größerwerden der Irrenanstalten nicht inauguriert und mit Bedenken dagegen nicht zurückgehalten haben, sie sich doch deshalb, wie man vielleicht vermuten könnte, nicht von vornherein zu dessen Gegnern gerechnet haben. Im Gegenteil. Wenn man die Literatur verfolgt, so waren die Ärzte, trotz ihrer Befürchtungen, stets bemüht, die Differenzen, die sich aus dem Anwachsen der Anstalten ergaben, mit ihren ärztlichen Bestrebungen und Anschauungen bestens auszugleichen. Es lag auch niemals in der Natur der Ärztewelt, den Neuerungen oder den Notwendigkeiten gegenüber sich ablehnend zu verhalten, sie waren stets bereit, das Gute dem Besseren zu opfern, vielmehr darf man den Ärzten eher eine gewisse Neigung zu Neuerungen vorhalten, als sie eines starren Konservatismus bezichtigen.

Die großen Anstalten sind der Psychiatrie von der Administrative aufgedrängt worden, und rein fiskalische Erwägungen waren es, die zu ihrem Baue geführt haben. Voran gingen die großen Städte, wo eine Reihe von Ursachen, man möchte fast sagen, zwingend zur Errichtung von großen Anstalten gedrängt haben. Das rasche Ansteigen der dort zu versorgenden Kranken, der teure Boden, das Verlangen, die Kranken regionär nicht weit von der Zentrale zu entfernen, die geringe Auswahl von passenden Geländen in der Nähe von Großstädten und noch manches andere hat zu diesem Ansteigen in der Bettenzahl der Anstalten Veranlassung gegeben. Für die Großstädte ließ man auch von ärztlicher Seite deshalb immer eine gewisse Ausnahmsstellung gelten, zumal auch das großstädtische Krankenmaterial ein anderes ist als das auf dem Lande. Als

aber die großen Anstalten sich auch auf die kleineren Städte ausdehnten, und als man selbst anfing, auf dem Lande aus bloßen sogenannten finanziellen Erwägungen das Muster der Großstädte nachzuahmen, da wurden die Bedenken lauter und man ging daran, der Wahrheit der fiskalischen Dogmen etwas an den Leib zu rücken. Es ist nicht uninteressant, bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, daß nicht die Irrenanstalten allein an den finanziellen Vorteilen der großen Anstalten zu zweifeln beginnen, sondern daß auch die allgemeinen Krankenhäuser mit ihren diesbezüglichen Erfahrungen nicht ganz zufrieden sind und anfangen, der Nützlichkeit der großen Anstalten auch auf wirtschaftlichem Gebiete nachzuspüren.*) Auch da zeigte es sich, daß vielfach, nicht bloß allein, was den Bau anlangt, sondern namentlich, was den Betrieb betrifft, die maßgebenden Faktoren bei der Befürwortung von großen Anstalten mehr von Gefühlsurteilen und Gefühlswerten sich tragen ließen, als daß sie festen und gesicherten Prinzipien folgten. So hat neben Zeidler vor Jahren auch Grotjahn an der Hand der amtlichen Ausweise in den preußischen städtischen und Kreis-Krankenhäusern ermittelt, daß die Verbilligung der Betriebskosten keineswegs mit der Vermehrung der Bettenzahl schlechtweg zusammenfalle, daß zwar die ganz kleinen Krankenhäuser nicht sehr billig arbeiten, daß aber Krankenhausanlagen, welche über eine gewisse Bettenanzahl hinausreichen, unverhältnismäßig teurer zu stehen kommen. Grotjahn hat das Optimum der Wirtschaftlichkeit bei den Krankenhäusern von 50 bis 150 Betten gefunden und hat diese Annahme in glaubwürdiger Weise hinzustellen vermocht. Auch Zeidler hat bezüglich der allgemeinen Krankenhäuser den Satz aufgestellt, daß bisher kein Beweis vorliegt, daß die größeren Anstalten wirtschaftlicher sind. Es war naheliegend, auch für die Irrenanstalten zu vermuten, daß vielleicht auch da ähnliche Gesetze gelten könnten, und daß das Optimum des Baues und des Betriebes keineswegs immer in Parallele steht mit der zunehmenden Bettenzahl, sondern daß auch hier wiederum ein Optimum sich nur mit einer ganz gewissen Größe verbinde!

Bedauerlicherweise wurde der finanztechnischen Seite des Irrenanstaltswesens nicht von Haus aus die größte Aufmerksamkeit geschenkt, so daß schon heute aus den vorliegenden Berechnungen über diese Frage endgültig entschieden werden könnte. Namentlich könnte, wenigstens was den Bau betrifft, schon heute die Frage längst soweit strikte erledigt sein, ob größere Anstalten oder mittlere vorzuziehen wären. Man sollte glauben, daß die fertigen Bauten, und es ist eine stattliche Zahl von solchen in den letzten 25 bis 30 Jahren in allen Ländern errichtet worden, genügend Material abgeben würden, um klipp und klar die Frage zu erledigen. Aber noch heute ist eine solche Erledigung ausständig, und noch heute läßt sich selbst vom rein technischen Standpunkte an der Hand von Zahlen dieses nicht sicherstellen.

Namhafte Architekten sind allerdings der Anschauung, daß sich auch baulich Krankenhäuser von 300 bis 500 Betten im allgemeinen mit geringeren Kosten herstellen lassen, als solche von 1000 bis 2000 Betten.*) Aber erst Zeidler hat kürzlich angefangen, auf Grund von weit ausgreifenden Erhebungen feststehende Gesichtspunkte in dieser Hinsicht aufzustellen. So sagt er unter anderem: Der absolute Preis von Grund und Boden spielt für die Höhe der Baukosten keine entscheidende Rolle. Auch die Kosten für die Einrichtung haben gegenüber den eigentlichen Baukosten nur eine geringe Bedeutung. Zeidler ist zwar der Anschauung, daß unter sonst gleichen Verhältnissen im allgemeinen ein großes Krankenhaus billiger arbeitet als ein kleines, bemerkt jedoch hierzu, daß ein Beweis sich auch durch seine Statistik nicht erbringen läßt. Seines Erachtens deshalb, weil die großen Anstalten häufig mehr leisten als die kleinen.

Diese jüngsten Äußerungen zu unserer Frage scheinen also im allgemeinen den großen Anstalten keineswegs das Wort zu reden. Zum mindesten aber lassen sie es nicht überflüssig erscheinen, bezüglich der Irrenanstalten, wo die Größe der Anstalten neben der wirtschaftlichen Seite auch eine tiefe ärztliche Bedeutung hat, speziellere Untersuchungen anzustellen.

Vor allem waren es drei Dinge, die hauptsächlich zu dieser Untersuchung Veranlassung gaben, 1. darzulegen, ob es gerechtfertigt sei, bei der Bestimmung der Anstaltsgröße eine Reihe von ärztlichen Bedenken und Forderungen lediglich mit dem Hinweise zurückzudrängen, daß einzig und allein nur große Anstalten billig wirtschaften, 2. hervorzuheben, daß auch wir Ärzte niemals zurückgestanden sind und zurückstehen wollen bei der wirtschaftlichen Be-

*) Vgl. Zeidler, Hundert Krankenanstalten und Heilstätten im Lichte vergleichender Finanzstatistik. Zeitschrift für Krankenanstalten, Nr. 20, 1911.

*) Zeitschrift für Krankenanstalten, 1911: „Wirtschaftliches über den Krankenhausbau“. Reg.-Baumeister a. D. Architekt Lüttke in Berlin.

handlung der öffentlichen Mittel, endlich, uns selbst wieder vor Augen zu führen, daß gute wirtschaftliche allgemeine Verhältnisse auch der ärztlichen Sache am besten dienen.

Dem ausgeprägt wirtschaftlichen Zuge unserer Zeit kann sich kein Gebiet mehr verschließen, bei allen Unternehmungen tritt die Frage nach den Kosten an die allererste Stelle, selbst dann, wenn dieselben nichts weniger als kaufmännischer Natur sind. Das Wort „Sparen" wird immer mehr zum bedingungslosen Gestalter, namentlich da, wo reine Aufwandsposten vorliegen und öffentliche Gelder zur Verwendung gelangen. Wir Psychiater sind durch die wirtschaftliche Seite unseres Anstaltswesens ganz besonders dabei interessiert und verpflichtet, uns mit dieser Seite zu befassen, um das zu retten, was wir ärztlich beanspruchen können und müssen. Klagelaute allein sind da fruchtlos, und alle unsere Bedenken haben bisher nicht vermocht, das Ideal unserer Irrenanstalt zu retten und das Anwachsen großer und größter Anstalten zu verhüten. Wir müssen auch da zur Selbsthilfe greifen und andere Wege gehen, damit die falschen Anschauungen zerstreut und der Wahrheit die Wege geebnet werden. Eine dieser unheilvollsten Unwahrheiten ist die allgemeine Überzeugung von der Wirtschaftlichkeit größerer Anstalten.

Alle Welt war darüber einig, daß nur große Anstalten billig verpflegen können. Mit diesem Schlagworte konnte keine ärztliche Einwendung mehr konkurrieren, und eine Reihe der wichtigsten ärztlichen Forderungen mußte unterliegen. Dieses unheilvolle Schlagwort kam uns von der Industrie, d. h. richtig gesagt, es wurde einseitig aus dem Industrieleben herausgeholt und auf das Anstaltswesen generell und ohne alle Prüfung angewendet. Auch bei der Industrie gilt nämlich dieser Grundsatz bei weitem nicht allgemein, sondern nur dort, wo ganz gleichartige Dinge zur Fabrikation gelangen. Dieses Prinzip war daher allgemein von Haus aus falsch und die Übertragung auf das Anstaltswesen daher um so unglücklicher.

Da allgemein verläßliche Zahlen bisher über den Betrieb von Irrenanstalten nicht vorlagen, wenigstens in solcher Art und Ausdehnung, daß dieselben für unsere Untersuchung direkt hätten verwertet werden können, habe ich im Mai 1911 ein Rundschreiben an eine Reihe deutscher und österreichischer Anstalten älteren und neuesten Datums in der beifolgenden Art ergehen lassen (siehe Beilage I). Zur Erzielung einer größeren Einheitlichkeit wurde diesen Rundfragen noch ein Kommentar (siehe Beilage II) zugefügt und außerdem ein ausgefülltes Musterformular beigelegt, das den Verhältnissen in Mauer-Öhling entnommen war. Im Laufe des Jahres 1911 und 1912 sind auf das versendete Rundschreiben rund 70 Antworten eingegangen. Die Antworten wurden dann in großen Tabellen zusammengestellt und den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt. Dabei war die Verarbeitung aller Zahlen nicht möglich, einerseits hätte ihre Erörterung den Rahmen meines heutigen Vortrages beträchtlich überschritten, andererseits konnte bei den verschiedenen Verrechnungsarten in den einzelnen Ländern für manche Rubrik keine sicher vergleichbare Verläßlichkeit gewonnen werden. Es wurden daher nur diejenigen Zahlenreihen herausgenommen, die sich auf den Betrieb beziehen und eine entsprechende Verläßlichkeit beanspruchen durften.

Die Betriebskosten einer Anstalt sind von vielerlei Umständen und Verhältnissen abhängig. Um sie ganz genau zu erhalten, müßte erst ein besonderer Fragebogen entworfen werden und ein Jahr hindurch strenge nach diesem Schema gearbeitet werden. Es wäre sicherlich nicht bloß von fachlichem Interesse, sondern von allgemeiner wirtschaftlicher Wichtigkeit, ein solches Unternehmen einmal zu inaugurieren und mehrere Länder und bestimmte Anstalten für die genaue Ausfüllung eines solchen Fragebogens zu gewinnen. Selbst ein einzelnes Land, das mehrere Anstalten in seiner Verwaltung hat, hätte ein Interesse daran, die Verrechnung seiner Anstalten in solch einheitlich wirtschaftlichem Sinne zu betreiben, um genauesten Einblick in diese Verwaltungssphäre zu gewinnen.

Wieviel bisher als halbwegs feststehend angesehen werden kann, wurde bereits früher gesagt. Zeidler hat es wahrscheinlich gemacht, daß Baukosten und Landkauf sowie erstmalige Einrichtungen auf die Höhe der Betriebskosten keinen wesentlichen direkten Einfluß besitzen. Es sind einmalige Auslagen und sie sind nur insofern von Bedeutung, als der Betrieb indirekt davon tangiert wird. Ein von Haus aus schon völlig vollständiger und geräumig solider Bau bedarf in der Folge weniger Reparaturen und Ergänzungen; ein großes und bequem gelegenes Areal erleichtert die Zufuhr, ermöglicht die koloniale Betätigung in ausgedehnter Art und macht sie rentabler u. dgl. Hingegen hängt die Höhe der Betriebskosten wesentlich von den Ausgaben für Lebensmittel, für Entlohnungen, für Bauherstellungen und für die Beheizung ab. Diese vier Posten allein in allen Etats zusammengenommen, sind doppelt so hoch als alle übrigen, und will man sparen, will man die Betriebskosten restringieren, muß man sich vor allem an diese halten; in erster Linie und ganz in besonderem Maße kommt unter ihnen wieder die

Beilage I.

Name der Anstalt (Baustil.) ***Mauer-Oehling***
Pavillonstil, Rohziegelbau, flache Dächer.

1. Eröffnungsjahr? *1902 (Bauzeit 1898 bis 1902).*
2. Normierter Bettenstand? *1000.*
3. Bausumme (inkl. Einrichtung) pro Bett? *4700 Kronen.*
   Baubeschreibung:

41 Objekte, 4 Krankenpavillons à 100, 4 à 50 (geschlossen) und 8 à 50 (Landhäuser offen), 1 Lazarett, 1 Infektionshaus, zusammen 18 Krankenpavillons, 4 Pflegerhäuser, für je 2 Familien, 1 Direktionsgebäude, für Kanzleien und Wohnungen (2 Stock hoch), 2 Wohnvillen für Aerzte und Beamte. Alle anderen Objekte inkl. Krankenpavillons sind einstöckig. Teilweise Mansarden und nur teilweise Unterkellerung.

Verwaltungsgebäude: 1 Wirtschaftshof, 1 Gebäude für Küche und Wäscherei, 1 Werkstättengebäude für 8 Professionisten und Dienerwohnungen, Kesselhaus, Tiefbrunnen, Glashaus, Holz- und Kohlenschuppen.

Schwemmkanalisation, Elektrische Beleuchtung (von städtischer Zentrale), Niederdruckdampfluftgruppen-Heizung, im Wirtschaftshof und in den Landhäusern Ofenheizung. Durchwegs ebenes Bauterrain, wenig Erdbewegungen. Zur Zeit des Baues, Lohn eines Bauarbeiters 2 Kr. 40 h., eines Maurers 3 K. 40 h. 1000 Ziegeln kosteten 30 K.

Den Bau verbilligte insbesonders die häufige Verwendung von Beton, zu dem der Bodenschotter direkt verwendet werden konnte.

Für den Betrieb ist die ausgedehnte Arbeitstherapie in Anschlag zu bringen.

4. Größe und Kosten des gesamten Anstaltsterrains? *1000 ha 46 000 K.*
5. Krankenstand Ende 1910 *1480,* darunter in Familienpflege *233.*
6. Davon I. Kl. *35,* II. Kl. *57,* III. Kl. *1388.*
7. Offizielle Verpflegungstaxe für die I. Kl. *8 K.,* II. Kl. *5 K.,* III. Kl. *2 K.*
8. Zahl der Verpflegstage 1910 (1909)? *534 755.*
9. Bezüge des ärztlichen- und Verwaltungspersonals? *13,393 Heller*
10. Bezüge des Pflegepersonals? *24,458 Heller*
11. Erhaltung der Gebäude? *12,185 Heller*
12. Regiekosten pro Kopf und Tag?
   a) Kostbeistellung (alle Klassen zusammen) *72,235 Heller*
   b) Brotlieferung „ „ „ *11,633* „
   c) Ärztliche Erfordernisse? *2,722 Heller*
   d) Für Kleidung? *6,346 Heller*
   e) Bettzeug? *4,500 Heller*
   f) Wäsche? *2,994 Heller*
   g) Hauseinrichtung? *5,833 Heller*
   h) Beheizung? *15,107 Heller*
   i) Beleuchtung? *5,688 Heller*
   k) Reinigung der Wäsche und Lokalitäten? *6,548 Heller*
13. Besteht landwirtschaftlicher Betrieb und Kolonien?

Außer dem Wirtschaftshof in der Anstalt noch ein eigener Meierhof mit 100 ha und 50 Kranke, große Schweinezüchterei, großer Gemüsebau.

14. Besteht Eigenregie und in welchen Betrieben?

Küche, Wäscherei, Bäckerei, Schlachtung und Selcherei, Werkstätten für: Schneiderei, Schusterei, Tischlerei, Schmiede und Schlosserei, Tapeziererei und Sattlerei, Korb- und Mattenflechterei, Bürstenbinderei, Buchbinderei und Druckerei, Holzmattenfabrikation, Holzschuhfabrikation, Weberei, Anstreicherei, Technische Kanzlei mit eigenem Techniker.

15. Ausgaben für Lebensmittel pro Kopf und Tag? *83,868 (inklusive Auslagen für Personal)*
   oder Preise für 1 kg Rindfleisch? *1 K. 50 h.*
   1 kg Reis? *31 und 44 Heller*
   1 kg Mehl? *Nr. 0: 41,30, Nr. I: 40,70, Nr. II: 38,40, Nr. V: 33,50 Heller*
   1 Liter Milch? *17 Heller*

   Fernere Kosten:
   a) 1 Meterzentner Kohle? *3 Kronen*
   b) 1 Kilowatt Elektrizität? *12 Heller für Motor und 20 Heller für Licht*
16. Erzielte Überschüsse *18 457* oder Abgänge — beim Jahresschluß 1910 (1909).
17. Summe für bauliche Neuherstellungen während dieses Jahres *15 600* und ob diese bei Punkt 16 schon in Verrechnung gezogen worden sind.

Ja. Auch sind darin schon enthalten 30 000 für Pensionen und 44 500 für außerordentliche Ausgaben.

Anmerkungen:

Der Meierhof wurde erst 1904 dazugekauft. Für Baukapital gibt es keine Amortisation.

Beilage II.

Mauer-Oehling, im Mai 1911.

Sehr geehrter Herr Kollega!

Eine große Reihe von Kollegen ist mit mir der Anschauung und hat wiederholt auch literarisch dieser Meinung Ausdruck verliehen, daß die großen Irrenanstalten mit der zunehmenden Größe nicht allein psychiatrisch immer mehr minderwertiger werden, sondern daß auch deren Anlagekosten und Betrieb sich gegenüber den kleineren Anstalten nicht zu verbilligen scheinen. Trotzdem es nun keinem Zweifel unterliegt, daß diese Frage nicht bloß für Fachkreise und das gesamte Anstaltswesen, sondern auch für die Behörden von allergrößter Bedeutung ist, läßt sich eine endgiltige Lösung insolange nicht erwarten, bis nicht wirkliche Verwaltungsergebnisse in hinreichender Menge zusammengestellt worden sind. Wenn es nun gelingt, an der Hand von solchen Zusammenstellungen den Beweis zu liefern, daß die Herstellung von großen Anstalten auch nach der finanziellen Seite hin nicht befriedigt, wird niemand mehr wagen, entgegen den ärztlichen Erfahrungen große Anstalten einzuraten.

Der Gefertigte will nun den Versuch unternehmen, an der Hand des beiliegenden Fragebogens vom reinen Erfahrungs-Standpunkte der Frage näher zu treten, und bittet daher alle Kollegen um Unterstützung durch genaueste Ausfüllung der vorliegenden Fragen und eventuell um weitere Bekanntgabe solcher Momente, welche zur Beleuchtung einzelner Punkte oder der ganzen Frage dienlich sein können.

Der Gefertigte ist sich wohl bewußt, daß er damit an die Opferwilligkeit der Kollegen große Anforderungen stellt; aber er ist überzeugt, daß niemand bei der großen Wichtigkeit der ganzen Angelegenheit sich von der Mitarbeiterschaft ausschließen wird. Um die Arbeit nicht zu sehr zu komplizieren und doch die nötige Grundlage zu einem halbwegs verläßlichen Urteile zu gewinnen, wurde nur auf die wesentlichsten Punkte Rücksicht genommen, wie aus beiliegender Tabelle zu ersehen ist.

Zum Zwecke einer möglichst einheitlichen Abfassung wird auch ein ausgefüllter Fragebogen von Mauer-Oehling beigelegt.

Bei der Ausfüllung der einzelnen Punkte wird noch auf folgende Angaben zu achten gebeten.

ad 2 Ist derjenige Bettenstand gemeint, der normalerweise für die Anstalt festgelegt wurde. Dieser Punkt soll *mit* Punkt 5 die Handhabe bieten zur Feststellung des Überbelages.

ad 3 Hier möge zur Erläuterung der Bausumme alles dasjenige angeführt werden, was auf deren Vergrößerung respektive Verringerung einen wesentlichen Einfluß ausgeübt hat. Hierher zählt Größe der Objekte, deren Stockhöhe, Unterkellerungen, Bedachung, Zahl der Krankengebäude, der Wirtschaftsgebäude, der Wohngebäude, sonstiger großer Nebengebäude, Art der Kanalisation, der Wasserversorgung, der Beleuchtung, der Beheizung, ob Zentral- oder Ofen-, Gruppen- oder Fernheizung, Art des Terrains, ob eben oder nicht, und ob viel Erdbewegung notwendig war. Zur Zeit des Baues, Lohn eines Bauarbeiters und eines Maurers, Kosten für 1000 Ziegel beim Baue.

ad 4 Größe des Gesamtanstaltsareales. Hierbei sind getrennt liegende Meierhöfe oder Kolonien nicht einzubeziehen. Nur die im arrondierten Anstaltsareale gelegenen sollen in Anrechnung kommen, wenn sie im Anlagekapital angerechnet erscheinen.

ad 5 Es kann eventuell auch der Krankenstand 1909 genommen werden, wenn die übrige Berechnung gleichfalls die Daten dieses Jahres zur Grundlage hat und der Rechnungsabschluß für 1910 noch nicht vorliegt.

ad 9 bis 12 Die Punkte 9 bis 12 sollen die Betriebsaufwendung der Kranken pro Kopf und Tag ausweisen, da diese so detailliert am besten einen raschen wirtschaftlichen Überblick ermöglichen.

Was die Regie anlangt, so wurden nur die Hauptposten herausgenommen und es wird gebeten, behufs leichterer Verarbeitung und Vergleichung sich an diese Schlagworte zu halten. Sollte es indes nicht möglich sein, so können auch 2 oder mehrere dieser Punkte zu einer Summe zusammen genommen werden.

ad 13 Hier handelt es sich zunächst, ob in der Anstalt selbst landwirtschaftlicher Betrieb ausgeübt wird und in welcher Form, und ob außerhalb des Anstaltsareales auch noch Kolonien mit Krankendetachements zur Anstalt gehören.

ad 14 Hier soll kurz benannt werden, wo eigene Regie besteht, zum Beispiel Küche, Wäscherei, Schneiderei, Schusterei etc.

ad 15 Hier sind durchschnittliche Preise einzustellen, die von der Anstalt für die betreffenden Viktualien und Nahrungsmittel während des Betriebsjahres bezahlt werden mußten.

ad 16 Hier mögen summarisch die Betriebsergebnisse mitgeteilt werden, die sich nach der Jahresrechnung ergeben haben, unter Berücksichtigung aller größeren Investionen namentlich baulicher Art, welche während dieses Betriebsjahres gemacht wurden, weil diese gleichfalls zum Bilde der Ersparnisse oder Abgänge notwendig sind.

Für notwendige Abweichungen von dieser Fragestellung, wolle eine etwaige notwendige Erklärung in Anmerkungsform beigefügt werden.

Küche in Betracht, die allein mindestens 30 bis 40% des Etats zu verschlingen pflegt. Auf deren Organisation und Leitung muß wohl ein besonderes Hauptgewicht gelegt werden. Das ist auch der Ort, wo ein Zusammenarbeiten aller Anstaltsfunktionäre unerläßlich ist; denn nur bei tatkräftiger ärztlicher Mithilfe ist es möglich, schon von Haus aus den Speisezettel so anzulegen, daß Kosten und Spitalsbedürfnisse zu beiderseitiger Zufriedenheit sich regeln lassen, unter der Voraussetzung allerdings, und das ist besonders hervorzuheben, daß mit der unmittelbaren Leitung der Küche eine allseits versierte und erfahrene Kraft betraut ist. Aus Sparsamkeit mit der wichtigen und komplizierten Küchenwirtschaft junge, nicht vorgebildete und wenig erfahrene Kräfte zu betrauen, ist Verschwendung. Wer Hunderttausende von Kronen, fast mehr als ein Drittel des gesamten Anstaltsbudgets, durch seine Hände gehen lassen soll, bei dessen Entlohnung dürfen ein paar Tausend Kronen an Gehalt nicht in Frage kommen, wenn es sich um die Besetzung handelt.

Die Rundfrage wurde von nachstehenden Anstalten beantwortet, und zwar von der Anstalt in Alt-Scherbitz, Andernach, Aplerbeck, Ansbach, Bell-Air, Bohnitz, Bonn, Breslau, Brünn, Bunzlau, Burghölzli, Casvegno, Conradstein, Czernowitz, Dalldorf, Deggendorf, Dobran, Dösen bei Leipzig, Dziekanka, Eglfing, Ellen, Emmendingen, Feldhof bei Graz, Gabersee, Galkhausen, Gießen, Göttingen, Grafenberg, Groß-Schweidnitz, Hall in Tirol, Hamburg, Herzberge, Kortau, Kosten, Kremsier, Kutzenberg, Landsberg, Leubus, Lüben, Maxglan, Merxhausen, Merzig, Münsingen, Münsterlingen, Neustadt in Holstein, Neustadt in Westpreußen, Nietleben, Osnabrück, Owinsk, Rufach, Saargmünd, Süchteln, Stackeln, Treptow, Triest, Sonnenstein, Untergöltsch, Ueckermünde, Valduna, Winnental, Wiesloch, Wuhlgarten, Gugging, Klosterneuburg, Mauer-Öhling, Steinhof, Ybbs, Lublinitz, Buch bei Berlin. Allen den Leitungen dieser Anstalten sei hiermit aufs wärmste gedankt für die Beantwortung.

Die Rundfrage wurde schon von Haus aus vorzugsweise an solche Anstalten adressiert, welche in ihrem Betriebe eine gewisse Gleichmäßigkeit erwarten ließen.

Was lehrt uns nun die Rundfrage bezüglich des Verhältnisses der Anstaltsgröße zu den Betriebskosten im allgemeinen und im einzelnen?

Gesamtkosten pro Kopf und Tag.

(Die letzte Zeile bei allen Tabellen stellt den Durchschnitt dar.)

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000 Betten
2,37	2,48	2,22	1,88	3,20
2,87	2,09	2,40	4,—	3,08
1,77	2,42	4,85	4,44	
2,82	1,86	1,72		
2,17	1,88	3,02		
2,47	2,05	2,04		
2,13	1,82	2,35		
2,07	1,77	2,20		
2,29	3,02	3,45		
	2,31	3,91		
	2,03	2,29		
	2,72	2,06		
	2,38	2,05		
	2,86	3,40		
	2,36	2,41		
	1,52	2,33		
	1,33			
	1,66			
	1,57			
	2,31			
	2,06			
	1,94			
	2,22			
	2,48			
	2,55			
	1,79			
	2,73			
	2,68			
	2,35			
	1,97			
2,33	2,17	2,67	3,44	3,14

Hier erscheinen nach den Rechnungsabschlüssen die Gesamtkosten pro Verpflegstag nach der Anstaltsgröße zusammengestellt. Die meisten Vertreter findet die Kolumne von 500 bis 1000 Betten. Jener Anstaltstyp, der heute noch in größter Anzahl vorhanden ist. Keine Zahlenreihe weist völlig gleichmäßige Zahlen auf, im Gegenteil, in jeder kommen nicht unbeträchtliche Differenzen vor, aber wenn man die Durchschnittsziffer berechnet, so zeigt sich wohl, daß keinerlei Anhaltspunkt sich dafür ergibt, daß die großen Anstalten billiger verpflegen können als die kleineren. Zwar stellen sich die Anstalten bis 500 nicht am billigsten, aber für die Anstalten von 500 bis 1000 ist ein gewisses Optimum kaum zu verkennen.

Dieselbe Erscheinung tritt auch zutage, wenn man die Verpflegungstaxe der genannten Anstalten nach der vorgenannten Größe derselben untereinanderreiht.

Verpflegungstaxe III. Klasse.

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000 Betten
2,86	2,80	1,76	2,—	3,76
3,81	1,76	1,20	3,75	2,30
—,95	1,75	1,70	3,76	
2,20	2,79	2,35		
1,40	2,—	1,52		
2,80	2,11	1,68		
1,76	1,90	1,80		
1,64	1,41	2,92		
1,60	1,17	3,76		
1,93	2,65	2,—		
	1,52	2,61		
	2,59	2,70		
	2,15	1,69		
	1,76	2,—		
	1,46			
	1,78			
	1,29			
	--,96			
	2,11			
	2,01			
	1,67			
	2,11			
	—,95			
	1,61			
	1,29			
	1,41			
	1,46			
	2,35			
	2,35			
	2,10			
	1,45			
	1,47			
	2,25			
2,09	1,83	2,12	3,17	3,03

Auch da zeigt es sich wieder, daß die großen und allergrößten Anstalten eine höhere Verpflegungstaxe pro Kopf und Tag für sich benötigen als die mittleren.

Stellt man die Ausgaben in derselben Weise für die Hauptbudgetposten zusammen, d. i. für ärztliches und Verwaltungspersonal, Pfleger, Gebäudeerhaltung, Kost- und Brotbeistellung, ärztliche Erfordernisse, Kleider und Bettzeug, Wäsche, Hauseinrichtung, Beheizung und Beleuchtung, Reinigung der Wäsche und Lokalitäten, also solcher Ausgaben, welche gleichfalls eine gewisse Gleichmäßigkeit in ihrer Anforderung erfahrungsgemäß aufweisen, so zeigt sich hier genau wieder dasselbe Ergebnis wie in den beiden früheren Zusammenstellungen.

Tabelle der Hauptbudgetposten.

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000 Betten
3,53	2,20	2,84	1,75	3,13
3,09	1,86	2,76	2,30	2,44
1,72	2,47	1,67	2,90	
4,43	1,74	2,33		
3,61	1,62	2,71		
2,07	1,79	2,32		
1,66	1,83	1,97		
2,32	2,38	3,20		
	1,95	2,61		
	2,42	1,89		
	2,12	1,76		
	2.12	2,96		
	1,94			
	1,38			
	1,39			
	1,84			
	1,48			
	1,49			
	2,58			
	1,52			
	2,52			
	1,34			
	2,47			
	2,58			
	1,86			
	1,78			
	1,86			
	1,79			
2,80	1,94	2,42	2,31	2,78

Auch hier sind die mittleren Anstalten billiger in ihren diesbezüglichen Ausgaben, wie alle anderen, die kleineren sowohl wie die größeren. Aber selbst bei den mittleren Anstalten schwanken die einzelnen Ausgaben ganz beträchtlich, und Differenzen von 30 bis 40 Proz. sind da zu verzeichnen. Ein Vorkommnis übrigens, das in jeder dieser Rubriken zutage tritt und wieder nur dahin gedeutet werden kann, daß lokale Verhältnisse und Umstände der verschiedensten Art die Auslagen beeinflussen können. Wir finden in jeder Rubrik auch Zahlenangaben von gleicher Höhe. Es kommt auch vor, daß einzelne der größten Anstalten selbst niedrigere Quoten aufweisen als mittlere. Wenn man dann für diese Erscheinung an der Hand der Fragebögen eine Erklärung sucht, so kommt man eben wieder zu der vorhin schon geäußerten Ansicht, daß infolge von besonderen lokalen Verhältnissen auch eine große Anstalt einmal relativ billig verwaltet werden kann, daß aber unter sonst gleichen Verhältnissen die billigsten Verwaltungsziffern immer in den mittleren Anstalten angetroffen werden, daß für deren Höhe eben andere Umstände ausschlaggebend waren, nicht aber die Größe allein.

Um nun einerseits einflußreiche Nebenfaktoren möglichst auszuschalten, andererseits aber auch, um bezüglich der Rentabilität des Massenbetriebes noch eindeutigere Zahlen zu gewinnen, wurden die **Ausgaben für die Küche**, das ist für Kost und Brot und für die Beheizung gleichfalls aus der allgemeinen Tabelle herausgenommen und besonders zusammengestellt. In den Ausgaben für die Küche mußte namentlich der Faktor sich deutlich ergeben, ob die Massenverköstigung in den großen Anstalten billiger ist, das heißt billiger zu stehen kommt als die Verköstigung in den mittleren Anstalten.

Kost und Brot pro Kopf und Tag.

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000 Betten
1,12	—,97	1,50	—,77	1,21
—,95	—,94	1,65	1,02	1,15
2,58	—,97	1,18		
1,30	—,81	—,78		
1,09	—,73	1,10		
1,29	—,79	1,26		
—,93	—,86	—,86		
1,23	—,91	1,32		
	1,04	1,28		
	—,93	—,83		
	1,01	—,99		
	1,09	1,—		
	1,07	—,85		
	—,83	—,83		
	—,64			
	—,67			
	—,76			
	—,68			
	1,17			
	—,88			
	—,72			
	—,96			
	1,12			
	1,—			
	—,81			
	—,76			
	—,86			
	—,93			
	—,75			
1,31	—,88	1,10	—,89	1,18

Aus der vorstehenden Tabelle ergibt sich zunächst wieder, daß eine bestimmte Abhängigkeit der Kostkosten von der Größe der Anstalt, resp. der Anzahl der Verpflegungstage nicht besteht. Wir sehen kleinere Anstalten billig verköstigen; wir finden bei größeren Anstalten starke Unterschiede und auch bei den größten Anstalten sind ganz erhebliche Auslagen pro Kopf und Tag konstatierbar. Forscht man auch da wieder genau und vergleicht man die einzelnen Anstalten untereinander, so sieht man, daß diese Ausgaben wesentlich von der Lage der Anstalt abhängen, ob dieselbe in einer Großstadt oder am flachen Lande sich befindet, ob die Umgebung einem Industriebezirk angehört oder rein landschaftliches Kulturgebiet darstellt, weiters ob die Anstalt selbst größeren landwirtschaftlichen Betrieb unterhält und wie die Approvisionierung überhaupt sich gestaltet. Auch das Krankenmaterial ist nicht gleichgiltig. Der Speisezettel der Großstadt ist weit reichhaltiger als der am Lande, das großstädtische Publikum ist anspruchsvoller auch in der Anstalt, als der einfache Landwirt. Wir sehen also auch hier wieder die wichtige Tatsache unwiderleglich hervorleuchten, daß die Anschauung, daß nur große Anstalten billig verköstigen können, unbewiesen ist, ja daß sie mit vollem Rechte als unrichtig hingestellt werden darf.

Eine Tabelle, wo der Großbetrieb ganz besonders zum Ausdrucke kommen kann, bildet die Zusammenstellung der **Auslagen für die Beheizung pro Kopf und Tag.**

bis 500	500 bis 1000	1000 bis 1500	1500 bis 2000	über 2000 Betten
—,13	—,14	—,16	—,17	—,20
—,18	—,41*)	—,31*)	—,10	—,16
—,24	—,21*)	—,16	—,26	
—,24	—,15	—,19		
—,17	—,17*)	—,24		
—,29*)	—,18	—,15		
	—,13			
	—,17			
	—,20			
	—,14			
	—,33			
	—,25			
—,20	—,20 (18)	—,20	—,17	—,18

*) Heizung und Beleuchtung enthaltend, so daß für Heizung allein zirka 18 Heller für diese Rubrik entfallen.

Hier wurden nur die Anstalten mit Zentralheizung zusammengefaßt. Auch hier zeigen die einzelnen Kolonnen recht große Verschiedenheiten und es kann selbst da eine überwiegende Verbilligung in den großen Anlagen an sich nicht gefunden werden. Denn sonst müßten alle größeren Anstalten denselben Vorzug gegenüber den kleineren aufweisen. Auffallend ist, daß eine Anstalt mit fast 2000 Kranken nur einen Betrag von 10 Heller an Heizkosten pro Kopf und Tag aufweist. Eine Erklärung findet man zum Teil darin, daß der Kohlenpreis für diese Anstalt relativ niedrig ist, und dann, daß über den normalen

Belegraum ein großer Überbelag besteht. Gerade letzterer Umstand ist aber für die Beheizung von großer Bedeutung, da demselben gar keine Mehrauslage gegenübersteht. In jeder anderen Post macht ein Überbelag auch Mehrauslagen, aber bei der Beheizung und Beleuchtung ist es gleichgiltig, ob für 20 oder 40 Personen geheizt und beleuchtet wird.

Mag man allen diesen Zusammenstellungen bei der Kompliziertheit solcher Analysen nur einen bedingten Wert zuerkennen wollen, mag man den Vergleichswert der einzelnen Posten in den verschiedenen Anstalten noch so sehr cum grano salis aufnehmen, mag man den Ansätzen für die großen Anstalten namentlich deshalb weniger Beachtung schenken wollen, daß diese wegen ihrer geringen Anzahl kein gleichwertiges Urteil erlauben, immerhin muß man zugeben, daß die ersteren Einwürfe sich auf alle Anstalten gleichmäßig verteilen und sich dadurch gewissermaßen aufheben und daß die großen Anstalten, auch wenn ihre Zahl noch wirklich gering ist, doch deutlich auch einzeln erkennen lassen müßten, wenn ihr finanzieller Vorteil so evident ist, wie er für gewöhnlich hingestellt wird.

Um aber selbst noch diese Zweifel möglichst auszuschalten, wurde ein Vergleich angestellt zwischen zwei Anstalten eines und desselben Landes. Beide Anstalten haben die vorgeschriebene Verrechnungsart, beide Anstalten haben drei Verpflegungsklassen in fast gleichem Verhältnisse, sie sind verhalten, ihre Konsumartikel um denselben Preis am selben Orte zu beziehen, mit Ausnahme des Fleisches, sie sind beide neu, beide im Pavillonstil mit denselben Zentraleinrichtungen, beide haben einen Überbelag, aber die größere einen beträchtlich größeren, kurz, es bestehen in beiden Anstalten weitgehendst identische Verhältnisse, so daß niemand dem finanziellen Vergleiche beider einen gewissen Wert wird absprechen können. Nur einen großen Unterschied weisen beide auf. Die eine hat im Vergleichsjahre 334 755 und die andere 1 185 960 Verpflegstage, eine also mehr als doppelt so groß als die andere.

Nimmt man nun aus den amtlichen Rechnungsabschlüssen beider solche Posten heraus, die mit Ausnahme von Kost und Brot von lokalen Verhältnissen oder zufälligen größeren Erfordernissen nicht oder nur verschwindend abhängig sein können und stellt sie vergleichsweise nebeneinander, so ergibt dies pro Kopf und Tag für die Anstalt:

	A.	B.
An Bezügen für das ärztliche und Verwaltungspersonal	16,912	16,849
Pflegerentlohnung	27,816	24,458
Amts- und Kanzleierfordernisse .	1,171	0,699
Kost und Brot	115,455	83,948
Ärztliche Erfordernisse	4,517	2,722
Reinigung der Wäsche und Lokalitäten	8,411	6,508

Und A ist die doppelt größere Anstalt! An diesen Ziffern wird man wohl kaum mehr mit Gleichgiltigkeit vorübergehen dürfen und ihre Sprache wird man nicht mehr überhören können.

Wenn man ferner wie Zeidler den Mangel eines besseren finanziellen Ergebnisses in großen Anstalten damit zu rechtfertigen sucht, daß man annimmt, daß große Krankenanstalten auch eigentlich mehr leisten, so ist dies vorerst ganz und gar nicht bewiesen, bezüglich der Irrenanstalten muß man aber das meines Erachtens überhaupt in Abrede stellen, bezüglich der beiden Anstalten A und B muß dies ganz bestimmt getan werden, wenn nicht gar das Gegenteil angenommen werden muß.

Wir haben eine Reihe von Rechnungsergebnissen der verschiedensten Gebiete der Anstaltswirtschaft Revue passieren lassen. Wir sind von den Gesamtverpflegungskosten allmählich zu immer kleineren Haushaltungsgruppen und endlich zu ganz einzelnen Wirtschaftszweigen übergegangen, um den Vergleichswert unserer Zahlen immer eindeutiger zu gestalten. Schließlich haben wir die Rechnungsabschlüsse zweier völlig gleichwertiger Anstalten nebeneinandergestellt, und was haben wir aus alledem gefunden: es ist absolut derzeit kein Beweis zu erbringen, daß die Betriebskosten der großen und größten Anstalten, der Anstalten mit und über 1500 Kranken durchschnittlich geringer zu stehen kommen, unter sonst gleichen Verhältnissen, als die der mittleren. Es besteht vielmehr große Wahrscheinlichkeit, daß die Anstalten um 1000 Betten herum ein Optimum auch in wirtschaftlicher Hinsicht darstellen. Wir dürfen uns daher heute wohl für völlig berechtigt halten, zu behaupten, das Dogma von der Betriebsverbilligung größerer Anstalten ist unbewiesen und unwahrscheinlich. Alle darauf basierenden Schlüsse und die Errichtung von großen Anstalten sind haltlos, und sich weiter auf diese Anschauung zu stützen, ist bedenklich, weil sie einer Reihe von ärztlichen Forderungen zuwiderläuft und geeignet ist, die Entwicklung des Anstaltswesens direkt zu gefährden und auf Abwege zu bringen.

Die wirtschaftliche Analyse des administrativen Anstaltswesens bildet zwar eins der schwierigsten Themata, aber ihre Durchführung erscheint von Tag zu Tag dringender, nicht bloß für die Verwaltungsbehörden, sondern auch für den Arzt, und es ist daher nötig, daß auch der Arzt sich mit diesem

Thema befaßt, wo es nur angeht. Ich bekenne, daß diese Arbeit noch lange nicht erschöpft ist, und daß noch viele Mitarbeiterschaft notwendig ist, um die Anstaltswirtschaft in all ihren Details und Beziehungen einwurfsfrei zu analysieren und klarzustellen; aber ihr endliches Resultat wird nicht bloß für die Verwaltungskörper, sondern auch für den Arzt von großem Interesse und dauerndem Werte bleiben. — Namentlich an die jüngeren unserer Kollegen möchte ich die dringendste Forderung richten, neben ihrer mehr ärztlichen Ausbildung auch niemals das Studium von Verwaltungsfragen zu vergessen.

Zum Fall Albrecht.*)

In der Entmündigungssache des Fräulein Helene Albrecht hatte das Königl. Amtsgericht Marburg durch Beschluß vom 15. August 1911 den Antrag der Staatsanwaltschaft auf Entmündigung der Albrecht abgelehnt. In der Begründung des Beschlusses führte der Richter, Geh. Justizrat v. Boxberger, aus, daß nach den ärztlichen Gutachten eine Geisteskrankheit der Albrecht nicht nachgewiesen sei, er vielmehr zu der Überzeugung gekommen sei, daß die Albrecht nicht geistesgestört sei. Weiter stellte der Richter die Behauptung auf, daß an dem Frl. Albrecht „das Verbrechen der Freiheitsberaubung" begangen worden sei.

Dieser Beschluß des Amtsgerichts wurde seinerzeit im Wortlaut in einer größeren Anzahl von Tageszeitungen veröffentlicht und erregte begreiflicherweise das größte Aufsehen. Der Herr Landeshauptmann in Hessen erließ alsbald eine berichtigende Erklärung, in der darauf hingewiesen wurde, daß die Internierung der Albrecht unter genauester Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen erfolgt sei und daher von einer „widerrechtlichen Freiheitsberaubung" keine Rede sein könne.

Unterdessen hat sich in der Beschwerdeinstanz das Landgericht Marburg mit dem Fall der Helene Albrecht beschäftigt. Das Landgericht hat den Beschluß des Amtsgerichts Marburg vom 15. August 1911 aufgehoben und die Helene Albrecht wegen Geisteskrankheit entmündigt. In der Begründung dieses Beschlusses sieht sich das Landgericht zu folgender Feststellung veranlaßt:

„Es soll jedoch hervorgehoben werden, daß nach dem Ergebnis der Ermittlungen keine Zweifel obwalten können, daß im Dezember 1909 die Helene Albrecht infolge ihrer Geisteskrankheit so hilfsbedürftig und gemeingefährlich war, daß ihre Unterbringung in die Anstalten von Marburg und Merxhausen nicht bloß gerechtfertigt, sondern für die Kranke durchaus notwendig war."

Schedtler.

*) Vergl. Jahrg. XIII, S. 251, 271.

Mitteilungen.

— **Die Wassermannsche Reaktion nicht für Syphilis spezifisch.** Prof. Dr. A. Bittorf und Dr. H. Schidorsky (Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Wassermannschen Reaktion. Aus der medizinischen Klinik Breslau [Geheimrat Prof. Minkowski]. Berl. klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 42, 14. Okt. 1912) haben beobachtet, daß bei unspezifischer Schädigung (mechanischer Zertrümmerung) lipoidreicher Organe bei lebenden Tieren (Leber, Gehirn) komplementbindende Substanzen frei werden, woraus hervorgehe, daß „für das Auftreten einer positiven Wassermannschen Reaktion eine spezifische syphilitische Komponente, die Bruck noch in geringem Grade anerkennt, nicht notwendig ist, daß vielmehr unspezifische Stoffe die Reaktion hervorrufen können (Weil und Braun)". Bruck hatte gefunden, daß ein einfaches Digerieren eines inaktiven normalen Serums mit normaler Meerschweinchen-Leber, -Herz, -Hirn das Serum so zu verändern vermag, daß es einwandsfreie positive Reaktion gibt. Mit früheren Autoren nehmen Bittorf und Schidorsky an, daß die Lipoidvermehrung im Blut oder das Auftreten von Eiweißlipoidverbindungen die Ursache der positiven Reaktion ist. Bei der Zerstörung lipoidreicher Organe treten Lipoide ins Blut über; ihre Vermehrung soll eine Lipoid-Ambozeptorbindung herbeiführen. Auch die bei der Narkose auftretende Lipoidvermehrung im Blute ist wahrscheinlich die Ursache davon, daß nach Narkose vorübergehende positive Wassermannsche Reaktion beobachtet wird. Nach Bergels experimentellen Untersuchungen sei zu vermuten, daß nicht die Lipoidvermehrung, sondern das dadurch bedingte sekundäre Auftreten einer Lipase die Ursache der positiven Wassermannschen Reaktion ist.

Bittorf und Schidorsky sind der Ansicht, daß es als sicher gelten kann, daß auch unspezifische Schädigung gewisser Organe, wie sie sie zum klinischen

Ausgang ihrer Untersuchungen nahmen, beim Lebenden eine mehr oder weniger deutliche Wassermannsche Reaktion erzeugen kann. So hatte einer von ihnen beobachtet, daß bei Leberkrebs durch das Blut oder die Ascitesflüssigkeit die Hämolyse bei der Wassermannschen Reaktion komplett oder wenigstens stark gehemmt werden kann. Prof. Ed. Müller-Marburg hat bei Gliom des Gehirns, ohne daß Syphilis vorlag, positive Reaktion im Lumbalpunkt gesehen, die Verff. selbst bei einem Fall von extramedullärem, nicht-syphilitischem Tumor des Rückenmarks, welcher letzteres teilweise zerstört hatte.

Diese Beobachtungen stehen im Einklang mit der Ansicht, die Dr. Eichelberg-Göttingen in der Sitzung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 4. Mai 1912 über die Wassermannsche Reaktion äußerte. Die letztere ist nach E. nicht als spezifisch für Syphilis zu bezeichnen, da sie auch bei anderen Erkrankungen vorkommt; man könne nur sagen, daß ein- und dieselbe Reaktion bei Syphilis und auch bei Paralyse und Tabes sehr häufig vorkommt; der absolut sichere Beweis für den Zusammenhang zwischen Syphilis einerseits und Tabes und Paralyse sei durch diese Reaktion nicht gebracht; es sei nur ein neuer Wahrscheinlichkeitsbeweis zu den älteren hinzugetreten. Die Fälle von Gehirnsyphilis, Paralyse und Tabes, bei denen nicht schon klinisch die richtige Diagnose gestellt werden könne, seien relativ selten; daher habe man praktisch nicht allzu häufig die Untersuchung der Spinalflüssigkeit nach Wassermann *nötig*. Nach Prof. Bruns-Hannover (in derselben Sitzung) ist es für den Praktiker nicht angenehm, 7 ccm Spinalflüssigkeit dem Kranken zu entnehmen; auch benötigt er zur Diagnose die Wassermannsche Reaktion nur in wenigen Fällen, da bei Tabes das Vorhandensein von Syphilis sicher stehe, und ähnlich bei Paralyse. Außerdem könne trotz negativer Wassermannscher Reaktion Syphilis vorliegen.

Im Einklang mit den Feststellungen Bittorfs und Schidorskys stehen ferner auch folgende Ausführungen von Sanitätsrat Dr. Julius Friedländer (Frankfurt a. M.) in seinem Aufsatz „Wassermann-Reaktion und Lebensversicherung" (Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, September 1912):

„Kann nach dem heutigen Stande der Wissenschaft die Lebensversicherung aus der serologischen Blutprüfung nach Wassermann für ihre Prognosenstellung und Risikobewertungen einen praktischen Nutzen ziehen?

Läge die Sache so einfach, wie sie der gebildete Laie sich heutzutage vorstellt: „Wassermann positiv — ergo: Lues!" — so müßte diese Frage ohne weiteres bejaht werden, und die vielen zweifelhaften, eines postsyphilitischen Nerven-, Aorten-, Leberleidens usw. suspekten Fälle, die dem Vertrauensarzte begegnen, wären „Für" oder „Wider" mit einem Schlage entschieden und geklärt. Aber leider ist dem nicht so; denn dafür ist die Probe vorerst weder eindeutig noch unfehlbar genug. Die Regel ist auch hier nicht ohne Ausnahmen; es ist von zahlreichen Fällen berichtet — und auch Schreiber dieses hat deren gesehen —, bei denen trotz notorischer und keineswegs alter Syphilis das Serum negativ reagierte, und leider gilt dies ganz besonders von der in ihrem Vor- und Frühstadium so schwer diagnostizierbaren zerebrospinalen Lues.

Anderseits aber mehren sich täglich die Beobachtungen von positiven Blutbefunden nach Wassermann bei Affektionen, die an sich mit Lues nichts zu tun haben und denen auch eine spezifische Infektion nachweislich nicht vorangegangen ist. So nach Scharlach, bei Malaria, Pest, Lepra (Nonne), bei malignen Tumoren (Gliosarkom-Newmark), multipler Sklerose und chronischem Alkoholismus (v. Sarbó). Demnach ist weder positiver Wassermann identisch mit positiver Lues, noch schließt negativer Wassermann die Lues mit Sicherheit aus. Dazu kommen noch die schwer zu deutenden Fälle, bei denen der Befund kein konstanter ist, sondern innerhalb größerer Zeiträume zwischen + und — wechselt. Ein absolutes Kriterium, ob ein Organismus mit dem syphilitischen Virus irgendwann in Berührung gekommen ist oder nicht, kann somit die Wassermannsche Blutprobe, so wie sie jetzt ist, nicht liefern, und auf den Serumbefund allein darf sich also eine so verantwortungsvolle Diagnose, wie die der Syphilis, niemals gründen. Nur da, wo noch andere Verdachtsgründe für eine frühere oder bestehende spezifische Erkrankung vorliegen, wird ein positiver Ausfall als beachtenswertes auxiliäres Moment für die Beurteilung ins Gewicht fallen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es weiterer Laboratoriumsarbeit gelingen wird, die Blutprüfung vermittels des Komplementablenkungsverfahrens technisch noch zu verfeinern und damit die noch vorhandenen Fehlerquellen und Ungenauigkeiten zu beseitigen. Bis dahin wird der Wert der Methode für die Lebensversicherung nur ein sehr bedingter sein. Die Aufschlüsse, die die Wassermann-Reaktion dem begutachtenden Arzte gelegentlich zu geben vermöchte, werden sein Gesamturteil nicht wesentlich beeinflussen können. Denn meinen obigen Ausführungen zufolge wird er einem sonst einwandfreien Antragsteller nur wegen eines positiven Wassermann die Aufnahme nicht erschweren dürfen, und einem ohnehin ungünstig befundenen Kandidaten wird er auch bei negativem Wassermann keine Chance geben können. Eine prinzipielle Einführung der Wassermannschen Blutprüfung in die Praxis der Versicherungsmedizin erscheint daher zunächst nicht angezeigt, wenn auch ihre Ergebnisse wissenschaftlich eines hohen Interesses nicht entbehren."

— Tagesordnung der 89. ordentlichen Generalversammlung des **Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Sonnabend, den 23. November 1912, nachmittags $1^1/_4$ Uhr, in Bonn in den Räumen der Lese- und Erholungsgesellschaft, Coblenzerstr. 35.

1. Geschäftliche Mitteilungen.
2. Aufnahme neuer Mitglieder.
3. Vorträge: Voß-Düsseldorf: Über den Begriff der Reflexpsychose. Werner-Bedburg: a) Über den Bau und die Einrichtung der Anstalt Bedburg. (Mit Demonstrationen und Photographien.) b) Bericht über eine Studienreise nach den belgischen Anstalten Gheel, Merxplace, Tournay, Melle les Gand. Klecfisch-Essen-Huttrop: Zeitgemäße Aufgaben der Schwachsinnigenforschung und -fürsorge. (Mit Bildern.) Witte-Bedburg: Pathologisch-anatomische Demonstration. Hübner-Bonn: Über Triebanomalien und impulsive Handlungen. Sioli-Bonn: Zur Histologie der Dementia praecox.

$4^1/_2$ Uhr: Gemeinschaftliches Mittagessen.

gez. Oebeke. Pelman. Thomsen.
Umpfenbach. Westphal.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Neustadt** (Holst.). Zweiter Hilfsarzt Dr. Karl Grabow ist am 1. August 1912 ausgeschieden und zur Provinzial-Idiotenanstalt Schleswig übergetreten. Dr. August Spanuth ist am 15. Oktober 1912 als zweiter Hilfsarzt eingetreten.

— **Lüben i. Schl.** Georg Stehr, bisher in Breslau am Krankenhaus der Invaliditäts- und Altersversicherung, ist am 1. Oktober 1912 als Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Lüben angestellt worden.

— Irrenanstalt **Friedrichsberg** bei Hamburg. Dr. Julius Cohen ist am 5. November 1912 als Volontärarzt in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

— **Stralsund.** Der frühere Assistenzarzt an der Großh. sächs. psychiatrischen Klinik in Jena Dr. Adolf Rieth ist als Oberarzt der Prov.-Heilanstalt zu Stralsund angestellt worden.

Quittung über die weiteren

Beiträge für die Möbiusstiftung.

Summe der vom 23. August 1912 bis zum Schluß der Nr. 22 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift eingegangenen und in letzterer einzeln aufgeführten Beiträge M. 22,50

Seitdem gingen bis 20. Oktober 1912 ein:

Dr. Arndt, dir. Arzt, Nikolassee	3,—
„ Ungenannt, B.—L.	1,—
„ Heinicke, Oberarzt, Großschweidnitz	2,—
„ Gaupp, Prof., Tübingen	3,—
„ Pelman, Geh. Med.-Rat, Prof., Bonn	1,—
„ Benda, San.-Rat, Berlin	3,05
„ Birnbaum, Buch bei Berlin	1,—
„ von der Helm, dir. Arzt, Bonn-Endenich	3,—
„ M. P.	0,75
„ Telegdi, Kaposvar, Ungarn	1,—
„ Tille, dir. Arzt, Wittstock	1,—
B. F. V., Leipzig	10,—
„ Philipp, Döbeln	1,—
„ Anhalt, Erdmannshain	3,—
„ Luther, Leisnig	3,—
„ Händel, San.-Rat, Bad Elster	1,05
„ Roesen, Oberarzt, Landsberg a. W.	1,—
„ Ungenannt, Wien	2,—
Heilanstalt Deggendorf	0,75
„ Conradstein	1,—
Summe	**65,10**

Vorstehenden Betrag von 65,10 M. haben wir von Herrn Oberarzt Dr. Bresler für die Möbiusstiftung erhalten. Von dem sich auf 370,85 M. belaufenden bisherigen Ergebnis der Sammlung wurden 83,85 M. Kosten, welche durch die Sammlung entstanden sind, zurückvergütet, sodaß der Möbiusstiftung ein Reinertrag von 287,00 M. zugefallen ist.

Leipzig, am 29. Oktober 1912.

Der Rat der Stadt Leipzig.
Stiftungsamt.
Dr. Koehler.

Nach dem 29. Oktober gingen noch folgende Beiträge ein:

Dr. J. M. Wassermann, Hall in Tirol	2,—
Ministerialdirektor Dr. Glockner, Karlsruhe	5,—

Den obengenannten Herren bezw. Anstalten sei an dieser Stelle bestens gedankt. Dr. Bresler.

Therapeutisches.

— In seinem Aufsatz: **Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen** schreibt Dr. Müller de la Fuente, Schlangenbad (Heft 7 der Therapeutischen Monatshefte vom Juli 1912): Die Zahl der zur Behandlung angegebenen Mittel ist Legion. Von den Brom- und Baldrianpräparaten bis zu den schwereren Herzmitteln Digitalis und Strophanthus wird alles mögliche in allen möglichen Verbindungen angepriesen und von den Kranken versucht. Es wäre dagegen nicht viel einzuwenden, solange nicht übersehen wird, daß allen diesen Mitteln lediglich eine symptomatische Bedeutung zukommt, und daß keines von ihnen frei von jeder unerwünschten Nebenwirkung ist. Am meisten möchte ich bei Behandlung der reinen Herzneurosen vor Digitalis und Strophanthus warnen. Die Erfahrung hat mich gelehrt, daß die Wirkung dieser beiden Mittel zwar die prompteste ist, abgesehen von den gleichfalls mit größter Vorsicht zu gebrauchenden Narkoticis, daß aber ihr häufiger oder gar dauernder Gebrauch die Krankheit eher verschlimmert. Die Baldrianpräparate haben alle einen mehr oder weniger ungünstigen Einfluß auf den Magen, und es ist ja bekannt, wie ungünstig Störungen des Digestionstraktus auf die Tätigkeit eines empfindlichen Herzens einwirken. Ebenso bekannt sind die unangenehmen Nebenwirkungen der Brompräparate, und zwar nicht nur der Bromalkalien. Am ehesten wäre noch ein Versuch mit Jod, etwa in Form der Jodglidine angezeigt, das nach meiner persönlichen Erfahrung noch am besten vertragen wird, und, sofern dies der Fall ist, auch eine günstige Dauerwirkung hervorzubringen pflegt.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34. 23. November **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Das neue Laboratorium der Brandenburgischen Landes-Irren-Anstalt zu Landsberg a. W. (Direktor Dr. Riebeth).

Von Dr. med. *Oskar Rein.*

Die Unzulänglichkeit des alten Laboratoriums der im Jahre 1888 eröffneten Anstalt hatte sich schon längst erwiesen; stand doch für Laboratoriumszwecke nur ein Zimmer des Verwaltungsgebäudes zur Verfügung, wovon noch eine Ecke durch Bretterverschlag als photographische Dunkelkammer abgetrennt war. Dies mochte wohl genügen, solange die Einrichtung aus dem photographischen Apparat, 1 Schlittenmikrotom, 1 Äthergefriermikrotom, 1 Mikroskop und den notwendigsten Glassachen bestand; die weitergehenden Ansprüche an Hilfsmittel für wissenschaftliche Arbeiten machten natürlich eine Neuanschaffung von Apparaten und Instrumenten und damit auch die Beschaffung von neuen Räumlichkeiten erforderlich. In den vorhandenen Gebäuden stand kein weiterer Raum zur Verfügung; so wurde denn das Projekt eines besonderen Baues für Laboratoriumszwecke ins Auge gefaßt. — Da die Er-



Abb. 1. Das Laboratoriumsgebäude.

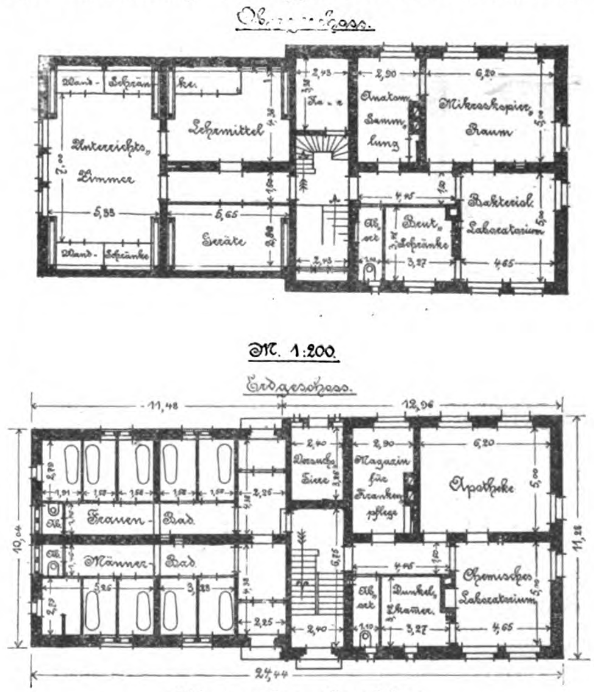


Abb. 2 und 3. Grundrisse.

weiterung der Anstalt auch eine Erweiterung der Betriebsräume, Magazine etc. verlangte, mußten die bis dahin im Erdgeschoß des Betriebsgebäudes gelegenen Bäder für Beamte und Angestellte von dort entfernt werden, und so entstand der Plan der Vereinigung von Laboratoriumsgebäude und Beamtenbadehaus, wie er dann auch zur Ausführung kam.

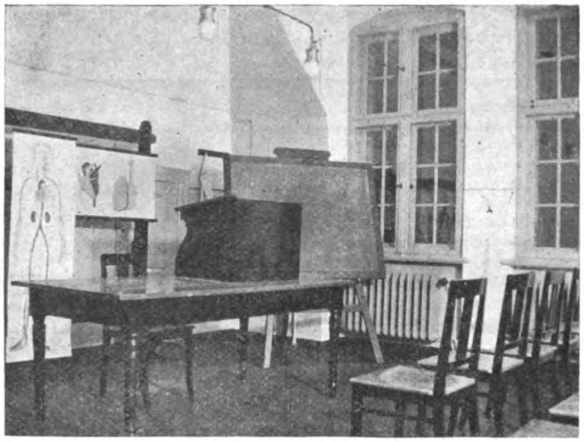


Abb. 4. Unterrichtsraum.

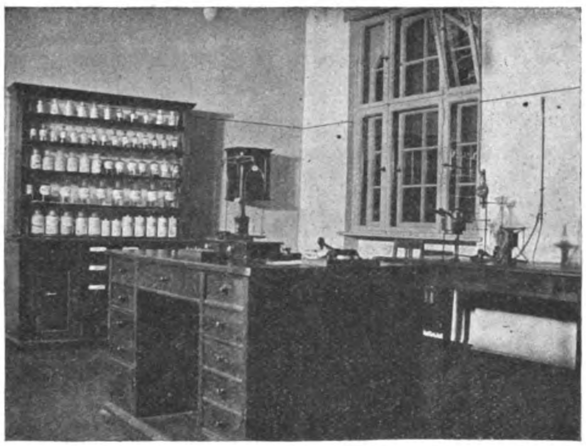


Abb. 5. Apotheke.

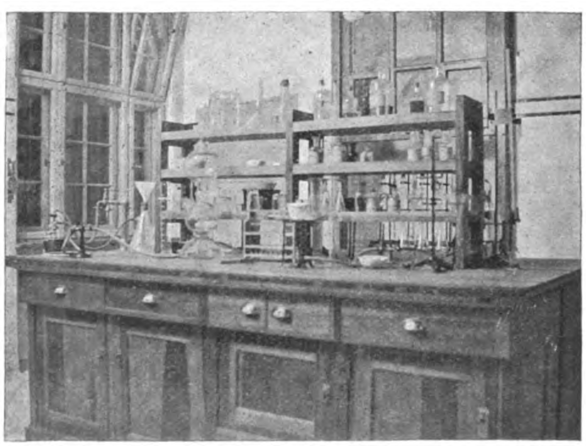


Abb. 6. Chemisches Laboratorium.

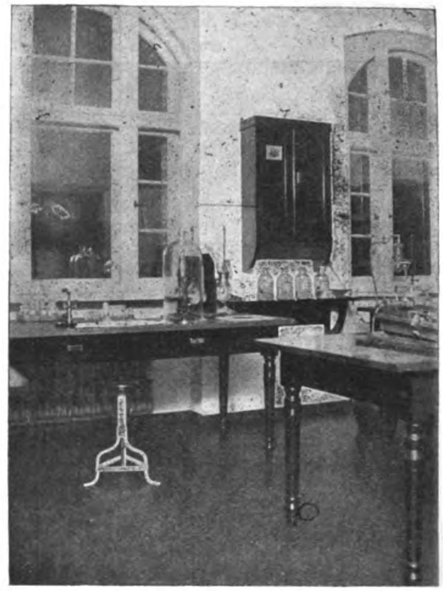


Abb. 7. Anatomisches Laboratorium I.

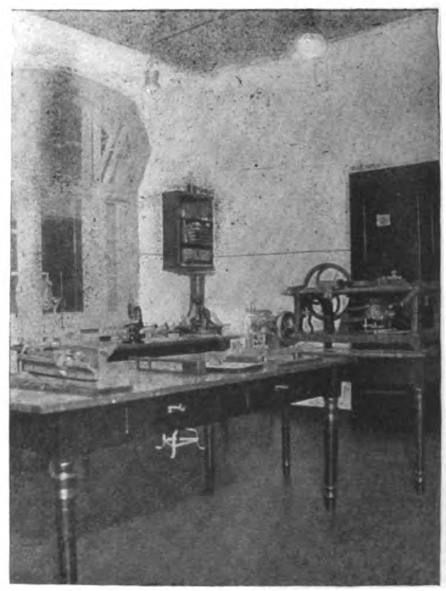


Abb. 8. Anatomisches Laboratorium II.

Das Gebäude (Abb. 1), nach Plänen des Herrn Geh. Baurat Prof. Göcke aufgeführt, steht in der Geschlechtstrennungsachse der Anstalt, zwischen dem Hauptgebäude und dem Betriebsgebäude, innerhalb der hier befindlichen Anlagen, von denen freilich nach Fertigstellung des

Baues noch einige größere Bäume fallen mußten, da sie den Räumen das Licht wegnahmen. Das Haus zeigt zwei Teile: das zweistöckige Laboratoriumsgebäude, nach dem Hauptgebäude zu gelegen, und das einstöckige Badehaus, nach dem Betriebsgebäude zu. Die Seiten des Hauses liegen ungefähr nach den Himmelsrichtungen NO., SO., SW. und NW.

Das Badehaus ist getrennt in ein solches für weibliche und ein solches für männliche Beamte und Angestellte. Jederseits sind im Erdgeschoß außer einem kleinen Eingangsflur (s. Plan Abb. 2) 5 Badezellen je mit emaillierter Eisenbadewanne und Dusche, auf der Männerseite ist statt der 5. Badezelle ein Duscheraum mit zwei Duschen, außerdem ist beiderseits noch ein Klosett. Die ersten Badezellen sind auf jeder Seite für medizinische Bäder vorbehalten; zu diesem Zwecke befindet sich hier auf der Frauenseite eine Holzbadewanne (für Moorbäder), auf der Männerseite eine säurefeste Eisenwanne (f. Kohlensäurebäder) und entsprechender Apparat. Die Zellenwände sind mit Kacheln belegt und zwischen den einzelnen Zellen und nach dem gemeinsamen Längsflur zu nur 2,5 m hoch zwecks besserer Lüftung.

Da das Dach des Badehauses sehr hoch und steil ist, sind auch im oberen Stockwerk mehrere Räume gewonnen, die zu den Laboratoriumsräumlichkeiten zugeschlagen und vom Treppenhaus des Laboratoriums aus zugängig sind (s. Plan Abb. 3). Es sind dies zwei seitlich eines kleinen Längsflures gelegene Vorrats- bzgl. Sammlungsräume, deren einer zwar nur eine ausgemauerte Dachkammer mit schräger Wand und Dachfenster ist, während der andere etwas größer ist, nur teilweise abgeschrägte Wand und drei kleine Flügelfenster hat, die in einem Vorbau über das steil abfallende Dach hervorspringen. Vor allem aber liegt hier über den Baderäumen nach der nordöstlichen Front zu ein größeres Zimmer, das als Unterrichtsraum (s. Abb. 4) für den Pflegerunterricht eingerichtet wurde; es hat drei große Fenster, die Decke ist nur seitlich teilweise abgeschrägt, während die weitere Abschrägung des Daches beiderseits durch Einziehen dünner senkrechter Wände mit kleinen Türen zu großen Wandschränken verwandelt wurde, worin die Unterrichtsmittel (Skelett, Torso, anatomische Wandtafeln usw.) sowie Glasvorräte fürs Laboratorium verwahrt werden. Der Längsflur dient als Garderobeablage.

Das Treppenhaus des Laboratoriums ist in der Mitte des ganzen Hauses gelegen, der Hauptzugang ist von der Männerseite, außerdem führt eine Tür vom Frauenbadehausvorflur hinein. Da das Treppenhaus nicht durch die ganze Tiefe des Hauses geht, konnte im Erdgeschoß ein von der Frauenseite aus zugänglicher kleiner Stall für Versuchstiere (mit Heizung und Wasserleitung) angelegt werden. Die Treppenabsätze bieten genügend Platz, um hier einen Gefrierapparat (Frigo) im unteren und einen Eisschrank im oberen Stockwerke aufzustellen. Unter der nach dem oberen Stockwerke führenden Treppe ist eine Besenkammer eingebaut, über dem Stall eine kleine Dachkammer mit einem kleinen Schrank für Wäsche und dergl. Über eine kleine Wendeltreppe gelangt man dann nach dem Dachraum, wo über dem Laboratorium die Reservoirs für die Heißwasserleitung des Hauses liegen.

Vom Treppenhaus aus führen in beiden Stockwerken Türen in je einen kleinen Flur mit Garderobehalter und Telephon, von dem aus die Arbeitsräume sowie je ein Abort zugängig sind (s. Pläne).

Im Erdgeschoß liegen Apotheke, Magazin für Krankenpflege, chem. Laboratorium und photographische Dunkelkammer.

In der Apotheke (s. Abb. 5) stehen außer dem in der Mitte befindlichen Dispensiertisch noch mehrere Schränke resp. Regale für die Vorratsgläser usw., sowie Morphium- und Jodoform-Schränkchen und ein Tisch für Kochapparate. Die Anstalt hat eine Handapotheke, die durch die Ärzte verwaltet wird.

Das Magazin für Krankenpflege, ein schmaler, einfenstriger Raum, dient zur Unterbringung von Vorräten an Verbandmaterial, Wasserkissen, Uringläsern u. a. m., wozu hier ein größerer Schrank und große Regale stehen.

Das chemische Laboratorium (Abb. 6) zeigt in der Mitte den großen Arbeitstisch mit Wasserleitung, Ausguß und Gasanschlüssen; in ihm ist in zahlreichen Schrank- und Zugfächern Platz für Glaswaren und Apparate, neben dem Wasserbecken ist ein Wasserstrahlgebläse angebracht. In der einen Längswand ist ein Abzugsschrank (Digestorium) eingebaut, gleichfalls mit Wasserleitung, Abfluß und Gasanschlüssen. Der Boden des chem. Laboratoriums ist mit Steinfliesen gedeckt, die Wand bis 2 m hoch mit säurefesten Kacheln belegt. Ein größerer Schrank dient noch zur Unterbringung von Apparaten und den nötigen Reagentien. Die Einrichtung des chem. Laboratoriums ist zwar wohl nicht als vollständig zu bezeichnen, immerhin stehen doch eine Reihe von Apparaten zur Verfügung, daß einfachere Stoffwechseluntersuchungen ausgeführt werden können.

Die Dunkelkammer ist mit einem kleinen rotverglasten Fenster versehen, bietet Raum für einen

größeren dreigeteilten Schrank (für Apparat, Chemikalien und photographische Vorräte), Arbeitstisch mit darüber hängender Gaslaterne und Wässerungstisch, daneben befindet sich noch ein kleines Handwaschbecken mit Leitung.

Im oberen Stockwerke befinden sich das anatomische Laboratorium mit Sammlungsraum und das bakteriologische und serologische Laboratorium mit

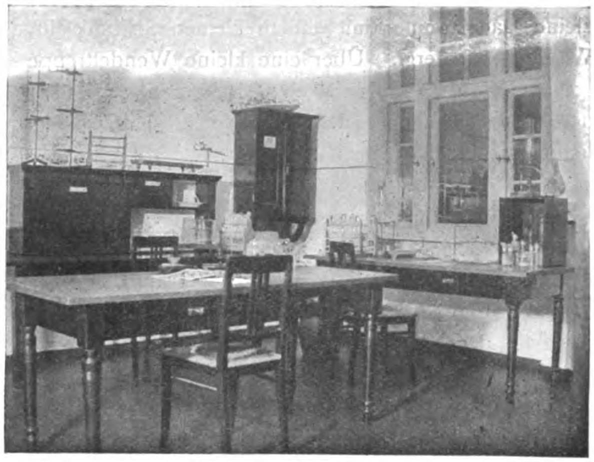


Abb. 9. Bakteriologisch-serologisches Laboratorium.

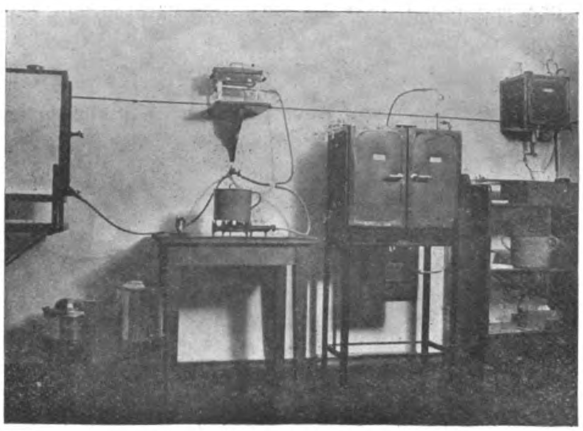


Abb. 10. Brutschrankzimmer.

dem Brutschrank- und Sterilisationsapparatenzimmer.

Das anatomische Laboratorium (Abb. 7 und 8) hat an jedem der zwei großen Fenster nach Nordosten einen Arbeitstisch, mit Linoleum belegt, mit Gasanschluß; auf dem großen Mitteltisch stehen ein Schlitten- und ein Bandschnittmikrotom, auf einem weiteren Tisch daneben das große Gehirnmikrotom: auf besonderer Konsole ist an der Ecke neben dem r. Fenster ein Kohlensäure-Gefriermikrotom mit Kohlensäure-Bombe aufgestellt. In zwei Schränken sind die Apparate (1 Zeiß- und 1 Seitzmikroskop, Lupenmikroskop, Zeichenapparat, Mikrotommesser etc.) und Glaswaren und Präparate untergebracht, 3 Wandschränke dienen zur Aufnahme von Reagentien und Farben; ein kleines Wandregal für Bücher, Wandbretter für Alkoholflaschen und Gläser, ein Ablauftisch, sowie ein Handwaschbecken und ein größeres Abwaschbecken mit Warm- und Kaltwasserleitung vervollständigen die Einrichtung.

Der neben dem Mikroskopierzimmer gelegene Sammlungraum bietet auf großen Wandregalen reichlich Platz für die anatomische Präparatensammlung; auch befindet sich hier am Fenster noch ein weiterer Arbeitstisch.

Das bakteriologisch-serologische Laboratorium (Abb. 9), bisher hauptsächlich zur regelmäßigen Anstellung der Wassermannschen Reaktion benutzt, hat an einem der beiden nach SW. gelegenen Fenster einen Arbeitstisch mit Gasanschluß; die nötigen Apparate und Glaswaren sind in zwei Schränken untergebracht; auf einer Wandkonsole steht der Schüttelapparat, der mit Wasser betrieben wird.

Im Nebenzimmer (Abb. 10) des serologischen Laboratoriums, über der Dunkelkammer, befinden sich Brut- und Paraffinofen, Heißluft- und Dampfsterilisator, Wasserdestillierapparat, Instrumentensterilisator, ein Wasserbad für konstante Temperatur und eine mit Wasser betriebene Zentrifuge, sowie zwei kleine Tische mit Asbestplatten und verschiedene Gaskochapparate.

Die Arbeitsräume sind mit Ausnahme des chem. Laboratoriums mit Linoleum gedielt, die Wände bis 1,50 m mit weißer Ölfarbe, darüber mit weißer Leimfarbe gestrichen. Überall befindet sich Warm- und Kaltwasserleitung; da jedoch die Warmwasserleitung im Sommer nur an den Badetagen (viermal wöchentlich) in Betrieb ist, sind in jedem Stockwerke noch je ein Warmwasserbereitungsapparat mit Gasheizung an der Wasserleitung angebracht. Die künstliche Beleuchtung geschieht wie in der ganzen Anstalt durch Gasglühlicht.

Wie aus den beigegebenen Plänen, den Bildern und der Beschreibung ersichtlich ist, bietet unser Laboratoriumsgebäude an Räumlichkeiten und Einrichtungen wohl alles, was für ein Laboratorium einer größeren Irrenanstalt notwendig erscheint, daß die Ärzte neben der praktischen Tätigkeit auch wissenschaftlich arbeiten können, ja selbst spezialistischen Anforderungen auf einem der in Frage kommenden Arbeitsgebiete: Anatomie, Bakteriologie, Serologie

und Chemie ist hier in weitgehendem Grade Rechnung getragen.

Dieser Neubau und diese Neueinrichtung sind aber besonders hervorzuheben deshalb, weil es sich nicht darum handelte, bei einem vorzunehmenden Anstaltsneubau auch die von der modernen Psychiatrie geforderten wissenschaftlichen Hilfsmittel in entsprechenden Räumen zur Verfügung zu stellen, sondern weil hier wohl zum ersten Male von einer Provinzialverwaltung für ein wissenschaftliches Anstaltsinstitut an sich die Mittel gewährt wurden.

In dankenswerter Weise wurde bei dem Bau den Anregungen und Wünschen der Ärzte von seiten der Bauleitung entgegengekommen, und man kann wohl ohne Übertreibung sagen, daß unser neues Laboratorium als mustergiltig in seiner Art dasteht.

(Aus der Landesheilanstalt Marburg.)

Die Pflegschaft gemäss § 1910 Abs. 2, 3 BGB. über entmündigungsreife Geisteskranke.

Von Oberarzt Prof. Dr. *M. Jahrmärker* in Marburg.

In 1907 brachte ich in der hiesigen forensisch-medizinischen Vereinigung u. a. Fragen zur Sprache*), welche die Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 BGB. angingen; unsere weiteren Erfahrungen auf diesem Gebiete geben mir Anlaß zu den folgenden Mitteilungen.

Nach wie vor standen sich zwei Rechtsauffassungen gegenüber:

1. Die Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 ist *unzulässig* bei vorliegender Unfähigkeit zur Besorgung der gesamten Angelegenheiten; im Notfall hat hier vorläufige Vormundschaft Platz zu greifen [Marburger Richter**)]; alle mit diesem Standpunkt in Widerspruch stehenden Anträge werden abgelehnt, eine anderswo angeordnete Pflegschaft wird nach Übernahme aufgehoben; bei der Prüfung, „ob ein Bedürfnis vorliegt zur Anordnung einer Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 BGB.“ (Staatsanwaltschaft), erfolgt zunächst die Anfrage, „ob X. nur seine Vermögensangelegenheiten oder auch seine persönlichen Angelegenheiten, also seine gesamten Angelegenheiten, nicht zu besorgen vermag“, oder u. a. auch, „ob X. infolge seiner Geisteskrankheit seine gesamten oder nur einzelne seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, ob letzteren Falls eine Verständigung mit ihm möglich ist, auch ob X. sich freiwillig in der Anstalt befindet oder gegen seinen Willen festgehalten wird und gerichtliche Entscheidung über seinen Geisteszustand verlangt.“ „Erstreckt sich die Störung der Geistestätigkeit nicht nur auf eine oder auf einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten, sondern liegt völlige Geisteskrankheit vor, so könnte nur Entmündigung und Einleitung einer Vormundschaft in Frage kommen“, äußerte sich in prinzipieller Übereinstimmung mit dem Marburger Richter ein anderes Amtsgericht unseres Bezirks, und in einer bezirksfremden Akte las ich: „Es wäre sogar zu erwägen, ob nicht eine Entmündigung stattzufinden hätte, da die Pflegschaft nur dann genügt, wenn der Patient nur einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis nicht zu besorgen vermag; vermag er sämtliche Angelegenheiten nicht zu besorgen, so hat Entmündigung zu erfolgen.“

2. Die Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 BGB. ist auch zulässig, wenn Unfähigkeit besteht zur Besorgung der gesamten Angelegenheiten: zahlreiche Gerichte entscheiden in diesem Sinne, und es ist für sie die Anordnung einer solchen Pflegschaft beinahe die Regel geworden.

Den einen genügt im Bedürfnisfall, daß sich die zu vertretende Persönlichkeit in der geschlossenen Anstalt befindet, andere fragen hinterher an, ob ihre Annahme, daß Verständigung nicht möglich sei, zutreffe, andere wollen vorher wissen, ob eine Verständigung möglich sei, und ob eventuell die Einwilligung gegeben werde, andere bitten das hiesige Gericht um Befragung des Kranken usf.; was unter Verständigung gemeint ist, wird fast nie festgelegt, und so ergibt sich weiter die folgende Uneinheitlichkeit: a) Von unserem Standpunkt ist, wie ich damals in meinem Vortrag ausführte, eine Verständigung nicht ohne weiteres möglich, wenn der Kranke ver-

*) **Wedemeyer und Jahrmärker**, Zur Praxis der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Marburg, 1908.

) v. **Boxberger, Pflegschaft wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche nach dem BGB. Zentralblatt für freiwillige Gerichtsbarkeit usw., 1909, 8.

steht, was man ihm sagt, begreift, um was es sich handelt, verständlich angibt, was er will; ausgeschlossen muß auch sein, daß krankhafte Momente ihm die Beurteilung der Sachlage trüben oder sonstwie seine Reaktionsweise nennenswert beeinflussen (vergl. unten!), und nach diesen Gesichtspunkten geben wir jetzt auch bejahende oder verneinende (naturgemäß meist verneinende) Antwort, wenn wir einfach gefragt werden, ob eine Verständigung möglich sei oder nicht; entsprechend unseren Auffassungen formuliert auch die hiesige Staatsanwaltschaft ihre Anfrage: „Ist es möglich, ihm die Bedeutung der Pflegschaftsanordnung verständlich zu machen? Ist er imstande, sich in einer dem Gericht verständlichen Weise über sein Einverständnis zu äußern? Würden seine Erklärungen unter dem Einfluß seiner krankhaften Störung der Geistestätigkeit abgegeben sein?" b) Die um Befragung ersuchten richterlichen Beamten begnügen sich unter Umständen schon damit, daß der Kranke so ungefähr versteht, um was es sich handelt, und daß er eine verständliche Willensäußerung tut oder auch nur aus sich herausziehen läßt, und es war so die Verständigung auch mit Kranken möglich, welchen jeder wirkliche Überblick, jeder von Krankhaftem nicht beeinflußte Wille abging; ein Sachverständiger wurde niemals zugezogen (wenn auch gelegentlich inoffiziell angehört). Nur einmal gelangte an uns eine Äußerung wie: „sollte er nur geistesschwach sein, so wird gebeten, eine Erklärung von ihm darüber herbeizuführen, ob er mit der Einleitung einer Pflegschaft einverstanden ist", es war der Patient aber unheilbar geisteskrank, und es hatte das hiesige Gericht die Sache zu übernehmen.

Recht weit auseinander gingen auch noch immer die Ansichten über den Wirkungskreis, welcher einem solchen Pfleger zugewiesen werden darf, und wir haben weiter noch die Bestellung von Pflegern gehabt „für Person und Vermögen", „für persönliche und vermögensrechtliche Angelegenheiten", „zur Vertretung in allen Angelegenheiten", „in seinen Angelegenheiten" oder mit Bestimmungen wie: „sein Wirkungskreis ist unbeschränkt", „sein Wirkungskreis umfaßt die Wahrung der Interessen des Mündels" (auch die Betreibung der dauernden Unterbringung); eine hysterisch-degenerative Witwe mit Vermögen und kleineren Kindern hatte nach Ablehnung eines Entmündigungsantrags mit ihrer Einwilligung einen Pfleger für die Besorgung ihrer Vermögensangelegenheiten erhalten und außerdem einen Beistand in der Sorge für die Person ihrer Kinder, der zugleich auch Pfleger wurde für die Besorgung der Vermögensangelegenheiten derselben; nicht lange danach mußte sie wegen eines Erregungszustandes in die Anstalt gebracht werden und bekam ohne neue Verhandlungen einen weiteren Pfleger „zur Sorge für ihre Person", so daß sich schließlich drei Personen in die Vertretung alles dessen teilten, was sie anging (Entmündigung wegen Geistesschwäche ist von uns auch nach Abklingen der akuten Störung für notwendig erklärt und von dem zuständigen Gericht auch ausgesprochen worden). In der Praxis hatte sich der Pfleger oft auch da, wo er eigentlich nur eine bestimmte Aufgabe hatte, mit den verschiedensten Dingen zu befassen, es war die Auseinanderreißung der Angelegenheiten nicht immer durchzuführen, welche dem Wortlaut der gegebenen Anweisung entsprochen hätte.

Die Weigerung eines Kranken, seine Einwilligung zu geben, wurde im allgemeinen kaum noch bedeutsam, wir mußten in den allermeisten Fällen die Möglichkeit einer Verständigung verneinen, die vom Gericht Gefragten waren meist zu einer Zustimmung bereit oder so unklar, daß auch dem Beamten eine Verständigung ausgeschlossen erschien. Beschwerden oder Wiederaufhebungsanträge kamen ebenso selten wie früher zur Erörterung; viele wußten gar nichts von der Pflegschaft (Mitteilung wird den Kranken vom Gericht nur hier und da gemacht) oder kümmerten sich nicht um dieselbe oder protestierten nur im allgemeinen gegen ihre Unselbständigkeit, oder kannten die in Betracht kommenden Bestimmungen nicht usf.; bei entlassenen Kranken, welche unter Pflegschaft standen, fragte das Gericht, welches die Pflegschaft aufheben sollte, mehrfach an, ob Heilung erfolgt sei, oder ähnlich.

Umwandlung der Pflegschaft in Vormundschaft hatte auch bei geschwundenen Heilaussichten nur selten statt, nach wie vor war die Staatsanwaltschaft bei vermögenslosen Kranken in der Regel nur bereit (Ministerialverfügung), die Bestellung eines Pflegers zu beantragen, wenn dauernde Unterbringung in einer Pflegeanstalt mit den dabei einzugehenden Verpflichtungen zur Notwendigkeit wurde.

Ausführlicher mitteilen möchte ich die folgenden Fälle, denen ein Kommentar beizugeben sich erübrigt:

I. Die H., ein 29jähriges Mädchen, wird auf Antrag ihres Bruders und des zuständigen Ortsarmenverbandes aufgenommen; nach dem ärztlichen Attest leidet sie an „akuter Geistesstörung" mit „Angstzuständen, Gesichts- und Gehörshalluzinationen" und bedarf der Anstaltsbehandlung, weil sie sich gefährlich werden kann. Sie besitzt einige Ersparnisse,

und es wird mit ihrer Einwilligung (Verständigung nach unserer damaligen Handhabung noch für möglich erklärt) ein Pfleger bestellt „zwecks Besorgung der Vermögensangelegenheiten"; von einem gewissen Zeitpunkt ab ist neben der Rente (Invalidität) ein kleiner Beitrag zu den Verpflegungskosten zu zahlen. Bereits acht Tage nach der Aufnahme verlangt die Kranke ihre Entlassung, und es wechseln in der Folge Zeiten, in denen sie fortbegehrt, und solche, in denen sie derartige Wünsche nicht äußert. Die Mutter beginnt auf Entlassung zu drängen (trotz Abratens), Vormundschaftsgericht und Pfleger sind mit derselben einverstanden, wenn sie seitens der Anstalt für unbedenklich „für die Kranke" gehalten wird. Der Direktor ist der Ansicht, daß einer familiären Verpflegung der Kranken wegen ihres Geisteszustandes, „der sie gegen sich selbst und andere gefährlich werden lassen kann", noch schwere Bedenken entgegenstehen, macht auch dem Gericht hiervon Mitteilung unter Hinweis darauf, daß die Mutter schwer belehrbar und der X. Pfleger nur für die Besorgung der Vermögensangelegenheiten sei: vom Gericht wird nach Anhörung des Waisenamts der X. „auch als Pfleger verpflichtet für ihre persönlichen Angelegenheiten, die sie selbst wegen geistiger Gebrechlichkeit nicht zu besorgen vermag." Auch der Landeshauptmann lehnt einer Eingabe der Mutter gegenüber die Entlassung unter Angabe der vom Anstaltsdirektor vorgebrachten Gegengründe (vgl. oben) ab, „zudem der Pfleger der Entlassung nicht zugestimmt hat", vom Gericht, bei dem die Mutter erklärt: „Meine Tochter wünscht aus der Anstalt entlassen zu werden; ich bin bereit, sie bei mir aufzunehmen und zu verpflegen; ich halte die Pflegschaft alsdann nicht mehr für erforderlich; ich bitte, meine Tochter durch die Anstalt befragen zu lassen, ob sie die Aufhebung der Pflegschaft beantragt", — gelangen die Akten an die Anstalt mit dem Ersuchen, die H. „zu befragen, ob sie die Entlassung aus der Anstalt und die Aufhebung der Pflegschaft beantragt." Es wird erwidert, daß die H. auf Befragen erklärte, sie beantrage Entlassung aus der Anstalt und Aufhebung der Pflegschaft; die Entlassung wird von hier aus nicht für angängig gehalten"; das Gericht hebt, ohne weitere Erhebungen über den Zustand der Kranken (bei welcher die Voraussetzungen des § 104 Abs. 2 BGB. zweifellos gegeben waren) anzustellen, die Pflegschaft auf, „da der Pflegling die Aufhebung selbst beantragt hat (§ 1920 BGB.)", und fragt, ehe es die Schlußrechnung des Pflegers abhört, noch an (Schwierigkeiten gab es nicht weiter in dieser Frage): „auf wessen Veranlassung die H. in die Anstalt aufgenommen ist, wann sie zum ersten Mal ihre Entlassung beantragt hat, und aus welchem gesetzlichen Grunde sie trotz ihres Antrags auf Entlassung in der dortigen Anstalt zurückbehalten worden ist. Der ihr bestellte Pfleger hat, soweit hier bekannt, ihre Aufnahme — nicht beantragt, wäre auch nicht berechtigt gewesen, sie gegen ihren Willen in der dortigen Anstalt zu belassen; eine polizeiliche Verfügung, wonach sie wegen Gemeingefährlichkeit in einer Anstalt unterzubringen war, ist, soviel hier bekannt, auch nicht ergangen; die gestellte Anfrage ist für das Vormundschaftsgericht deswegen von Bedeutung, weil bei Prüfung der von dem Pfleger gelegten Schlußrechnung zu untersuchen ist, inwiefern der dortigen Anstalt ein Rechtsanspruch auf Zahlung der Verpflegungskosten aus dem Mündelvermögen zustand." Es muß, als Gemeingefährlichkeit nicht mehr zu behaupten ist, dem Verlangen der Mutter nachgegeben werden, und es wird die Kranke, der ein gesetzlicher Vertreter nicht mehr zur Seite steht, abgeholt, obwohl sie nur den einen Wunsch hat: zu sterben!

„Die Krankheit habe ich bei meinen dortigen Besuchen niemals so können bemerken, wie sie sich hier herausgestellt hat", erklärte die Mutter, als sie einige Tage nach der Abholung um Wiederaufnahme bitten mußte; die Entmündigung war schon vor der erzwungenen Entlassung von uns angeregt, und es ist dieselbe dann auch auf Antrag der Staatsanwaltschaft wegen Geisteskrankheit ausgesprochen worden (auswärtiges Gericht, wechselnde Amtspersonen).

II. Die A., eine 54jährige Witwe mit „degenerativem Irresein" wird auf Veranlassung der Polizei und eines beamteten Arztes als „gemeingefährlich und fremder Hilfe bedürftig" in die Anstalt aufgenommen (Gesetz vom 11. Juli 1891 usw.). Es ist für die Möbel zu sorgen, das Gericht lehnt den Antrag der Staatsanwaltschaft auf Bestellung eines Pflegers ab, weil die Anordnung einer Pflegschaft bei gänzlicher Geschäftsunfähigkeit nicht zulässig sei (vgl. oben). Das Beschwerdegericht schließt sich der Ansicht des Reichsgerichts an, „daß die Einleitung einer Pflegschaft gemäß § 1910 BGB. dadurch nicht ausgeschlossen wird, daß der Volljährige infolge Krankheit alle seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag", die Kranke erklärt bei Befragung durch einen richterlichen Beamten, sie sei mit dem Beschlusse des Beschwerdegerichts nicht einverstanden, verlange dessen Aufhebung, werde gegen ihren Willen festgehalten, fühle sich vollkommen gesund, wolle ihre Entlassung, brauche weder Vormund noch Pfleger, — das Kammergericht verwirft die „weitere

Beschwerde" als unzulässig aus rein formalen Gründen, und weil außerdem „die Beschwerdeführerin nach der Bescheinigung vom — („außerstande zur Besorgung ihrer gesamten Angelegenheiten") geisteskrank also geschäftsunfähig (§ 104 Nr. 2 BGB.) und daher zur Beschwerdeführung nicht befähigt ist." Der Pfleger „zum Zwecke der Verfügung über die Möbel" wird bestellt, die inzwischen als unheilbar in die Pflegeanstalt Verbrachte (Verfügung des Landeshauptmanns) protestiert ihm gegenüber u. a. gegen ihr Verbleiben in der Anstalt, das Gericht hält „widerrechtliche Freiheitsberaubung" für gegeben und ordnet, als die Staatsanwaltschaft trotz seines Ersuchens nicht einschreitet, nach eingeholter Einwilligung (direkte briefliche Anfrage an die Kranke mit Ersuchen um briefliche Nachricht) die Pflegschaft an, auch „zur Vertretung der persönlichen Angelegenheiten", „namentlich zur Wahrung ihres Rechts auf persönliche Freiheit". Der Pfleger glaubt nicht an das Bestehen einer Geisteskrankheit, ist bereit, die notwendigen Schritte gegen „die widerrechtliche Freiheitsberaubung" zu unternehmen, wird von der zuständigen Stelle (Oberstaatsanwalt) abgewiesen. Weitere Anstaltsverwahrung erscheint der Anstalt notwendig, die Staatsanwaltschaft beantragt Bestellung eines Pflegers, um die Aufnahme der Kranken in die Pflegeanstalt und die Erteilung der Anwartschaft auf eine Freistelle zu beantragen und die Kranke zur Nachzahlung der Verpflegungskosten zu verpflichten, wenn ihr künftig Vermögen zufallen sollte, die Patientin verweigert ihre Einwilligung und verlangt nach wie vor ihre Entlassung, das Gericht lehnt den Antrag der Staatsanwaltschaft ab, „da die X., mit der eine briefliche Verständigung möglich war, sich nicht einverstanden erklärt, vielmehr dagegen protestiert hat, eine solche Pflegerbestellung daher nach § 1910 Abs. 3 unzulässig ist". Eingehend vertritt der Richter den von ihm auch sonst eingenommenen Standpunkt, daß nur ein Vormund befugt sei, „die Festhaltung einer in Verwahrung genommenen Person gegen deren Willen zu genehmigen und ihr hierdurch die gesetzliche Grundlage zu geben", erklärt u. a.: „Die Frau befindet sich in einer noch schlimmeren Lage, als wenn sie wegen Geisteskrankheit bereits entmündigt wäre; denn letzteren Falls würde sie nach § 676 ZPO. selbst die Wiederaufhebung der Entmündigung beantragen können, und auch ein ihr bestellter Vormund würde, wenn er die Ansicht ihres jetzigen Vertreters teilte, sie nämlich nicht für geisteskrank hielte, zur Stellung dieses Antrages nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet sein, jetzt aber, wo ihre Geisteskrankheit noch gar nicht durch die allein hierzu kompetente Instanz, den Entmündigungsrichter, festgestellt ist, wird sie trotzdem bereits als geschäftsunfähig behandelt, und es wird ihr jede Berechtigung, sich gegen die ihr drohende lebenslängliche Festhaltung im Irrenhause auch nur zu wehren, ohne weiteres abgesprochen." Der Justizminister bewirkt „mit Rücksicht auf die besondere Gestaltung des vorliegenden Sachverhalts", daß von der Staatsanwaltschaft nunmehr der Antrag auf Entmündigung gestellt wird (ein Angehöriger kam nicht in Frage)!

Die Entmündigung ist ausgesprochen worden, die Versuche des Pflegers noch vorher die Entlassung herbeizuführen, scheiterten (Gemeingefährlichkeit!) an dem Widerspruch der zuständigen Polizeibehörde.

(Schluß folgt.)

(Aus der Gr. Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen.)

Zur Symptomatologie der Dementia praecox?

Von Medizinalrat Dr. *W. Fuchs.*

Nachdem ich als erster auf die Wichtigkeit von Störungen des Reflexmechanismus der Pupille für die Diagnose der Frühverblödung (Dementia praecox) hingewiesen habe*), glaube ich Grund zu der Annahme zu haben, daß das optische System bei Katatonie noch andere Abweichungen bietet.

Es handelt sich um eine Form der Störung des Erwachens oder besser der Erweckbarkeit, welche, wie es scheint, nicht häufig vorkommt — ich fand sie bis jetzt nur in zwei Fällen —, welche aber außerordentlich charakteristische Züge aufweist.

Wenn man bei einem normalen Schlafenden unter Wahrung aller Vorsicht das obere Augenlid emporzieht, so zeigt sich der Bulbus mehr weniger nach oben, und zwar in der Medianlinie nach oben, gestellt und die Pupille miotisch, nicht selten extrem miotisch. Der Grad der Miosis ist für die Beurteilung der Schlaftiefe wichtiger als der der Emporrollung des Bulbus. Die Schlafmiosis besitzt den Lichtreflex,

*) W. Fuchs, Der Hausarzt als Psychiater, 1899. W. Fuchs, Prophylaxe in der Psychiatrie, 1900.

obwohl dieser so jäh und, bei der Pupillenenge, unausgiebig sein kann, daß Lichtstarre vorgetäuscht wird. Eine von der Lichteinwirkung bezw. Verdunkelungseinwirkung unabhängige Erweiterung der Pupille zeigt den Beginn des Erwachens an: es wird begleitet von Bulbusunruhe und verstärkter Reflexreaktion auf Licht. Im Moment des vollen Erwachens nimmt der Glanz des Auges zu; gleichzeitig tritt, wie ich mehrfach sah, eine ganz passagere feinstcapilläre Hyperämie der gesamten Konjunktiva auf, die den Bulbus für einen Moment zart rosa färbt. Die Promptheit des Erwachens hängt von der Schlaftiefe ab. Ist diese so beträchtlich, daß die geschilderte Belichtung effektlos bleibt, dann pflegen auch andere Sinnesorgane noch nicht ansprechbar zu sein: Hautreize, die tickende Uhr am Ohr stören den Schläfer gleichfalls nicht. Individuelle Unterschiede sind ohne Belang.

In jenen zwei Fällen von Katatonie nun konnte ich, und zwar immer wieder, folgendes beobachten: wenn ich unter Wahrung aller Vorsicht das obere Augenlid emporschob und grelles Tageslicht einwirken ließ, trat außer einer minimalen, an Null streifenden Weiterverengerung der Pupille keinerlei Reaktion bei dem Schlafenden ein: er erwachte nicht, und zwar auch nach längerer Zeit und nach wiederholter Erneuerung des Reizes nicht. Wurde aber jetzt ein Geräusch seinem Ohr genähert, so setzte brüsk das Erwachen ein. Eine auditive Überempfindlichkeit will ich nicht ausschließen, die Patienten halluzinierten phonematisch; aber das das Bild beherrschende war stets eine mir mehr und mehr spezifisch erscheinende Torpidität der Netzhaut.

Die Erscheinung dürfte des Nachprüfens wert sein. Sie würde erweisen, wie auch die Sinnesorgane an der funktionellen Diaschisis teilnehmen.

Die Neurotische Albuminurie.

Anhang zum Aufsatz über Grundlinien zur Therapie der Neurosen.

Von Dr. med. *Ratner*, Nervenarzt zu Wiesbaden.

Wer Nervöse zu beobachten häufig Gelegenheit hat, der findet manchmal ganz minimale Spuren von transitorischer Albuminurie bei denselben, wobei weder der Blutdruck erhöht, — ja häufiger ist er gar vermindert, — noch mikroskopisch irgendwelche Nierenelemente neben dem konstanten Sedimentum lateritium nachzuweisen sind. Daß diese Erscheinung nicht als Nephritis incipiens anzusprechen ist, wird wohl jeder Kundige zugeben müssen. Und dennoch muß nach dem Grund des Erscheinens von — wenn auch spurweisem — Albumen im Harn bei intakter Niere geforscht werden. Denn sich mit dem banalen Ausdruck „nervöse Nierenreizung oder Albuminurie" trösten, ist doch gar zu bequem. Wie kann das sympathische Nervengeflecht der Niere eine Eiweißexsudation durch dieselbe bewirken? Nach unserer Theorie der Entstehung der Neurosen läßt sich eine sehr plausible Erklärung dafür geben. Diese Albuminurie hat nämlich mit dem Nervenapparat der Niere gar nichts zu tun, sondern ist der Ausdruck der allgemeinen Neurose. Das heterologe Eiweiß der eingenommenen Nahrung, das vom Verdauungsapparat Nervöser nicht homolog gemacht werden kann, zirkuliert als Toxin im Blute und wird, wie jedes Gift, durch den Harnapparat bei Gelegenheit ausgeschieden, um dadurch den Körper vom Toxin zu entlasten. Es ist also eine indirekt nervöse Allgemeinerscheinung. Deshalb ist auch diese Albuminurie „**neurotische**", **nicht** nervöse zu nennen, zum Zeichen dafür, daß sie durch den gestörten Stoffwechsel infolge der allgemeinen Nervosität entstanden.*) Deshalb finden wir auch, daß leichte Kochsalzwässer (0,6 prozentig) sehr günstig auf diese Albuminurie sowie auf den ganzen nervösen Zustand wirken und erstere bald zum Verschwinden bringen.

*) Es stellt somit das Erscheinen von Eiweiß im Harn Nervöser ein Schutzmittel der Natur dar, welche sich auf diese Weise der toxischen Substanz entledigen will. Allerdings kann durch allzulang dauernde Eiweißexsudation Nierengewebe dauernd geschädigt werden und eine regelrechte Nephritis daraus entstehen, was natürlich rechtzeitig verhütet werden muß.

Mitteilungen.

— In der **Vorstandssitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie,** die am 26. Oktober d. Js. stattfand, wurde die Zeit der nächsten Jahresversammlung, die nach Vereinsbeschluß in Breslau um Pfingsten herum stattfinden sollte, auf Donnerstag, den 15. und Freitag, den 16. Mai 1913 festgesetzt. Zugleich war in den Referaten durch den Wunsch der Referenten über die geminderte Zurechnungsfähigkeit, dies Thema auf später zurückzustellen, und durch den Tod Cramers, der das Referat über Psychiatrie und Fürsorgeerziehung übernommen hatte, eine Änderung nötig geworden. Es wurde als erstes Referat gewählt: Wert der Psychoanalyse (Ref. Bleuler und Hoche) und als zweites: Psychiatrie und Fürsorgeerziehung (Ref. Stier-Berlin und Mönckemöller-Hildesheim) beibehalten. Außerdem sollte Starlinger-Mauer-Öhling gebeten werden, einen Vortrag über die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke zu halten. Die Referenten haben zugesagt.

— **Prof. Sommer-**Gießen **über die Beziehungen der Kriminalwissenschaft zur Psychologie und Psychiatrie.** Geheimrat Prof. Dr. R. Sommer sprach im großen Saale der Wiener „Urania" über die Beziehungen der Kriminalwissenschaft zur Psychologie und Psychiatrie. Unter Kriminalwissenschaft sind folgende Gebiete zusammengefaßt: Die gesetzgeberische Behandlung der Straftaten und der Täter; die Ermittlung und Verfolgung der Verbrechen und Verbrecher (praktische Kriminalistik); die Strafen und die Behandlung der Bestraften im Strafvollzuge. Alle drei Gebiete haben, wissenschaftlich betrachtet, eine ganze Reihe von Beziehungen zur Psychologie und Psychiatrie. In allen drei Teilgebieten ist es notwendig, die Aufgabe der Psychiatrie nicht etwa durch die Behauptung von Geisteskrankheiten im einzelnen Fall als abgeschlossen anzusehen, sondern darüber hinaus auf dem Boden der beobachtenden Psychologie für die Kriminalwissenschaft praktisch brauchbare Erkenntnisquellen zu erschließen. Zur weiteren Erläuterung dieser drei Punkte gab der Vortragende eine Reihe von Demonstrationen, die sich wesentlich auf folgende Punkte bezogen: Die Art der psychologischen Untersuchung, soweit sich diese auf das ganze Mittelgebiet zwischen Psychiatrie und Kriminalwissenschaft erstreckt; eine Reihe von Typen, die sich bei der vergleichenden Untersuchung der rechtbrechenden Menschen ergeben; eine Betrachtung über die Zusammenhänge der Straftaten mit der angeborenen Anlage und den sozialen Verhältnissen mit Ausblick in die Rassenhygiene, soweit sie für die Vorbeugung und Bekämpfung der Verbrechen in Betracht kommen. Zahlreiche projizierte Bilder bezogen sich auf: Geisteskrankheit und Verbrechen in einzelnen Familien, auf Epilepsie, Alkoholismus, Kriminalität, Geisteskrankheit, Hysterie, Kriminalität, geniale Anlagen, Psychopathie, moralische Schwäche, Degeneration, Zwangserziehung, Kriminalität; ferner auf objektive Darstellung der Alkoholwirkung und auf Simulation, speziell von Taubstummheit, schließlich auf Messung von geistigen Eigenschaften und des Gesamtcharakters von Normalen, Pathologischen und Kriminellen (bei Geisteskranken, angeboren Schwachsinnigen, geistig Minderwertigen, jugendlichen Verbrechern und anderen). Der Vortragende empfahl, die Kriminalwissenschaft auf dem Boden der beobachtenden Psychologie zu entwickeln.

— **Lohr.** Die Überführung der Kranken von der Kreisirrenanstalt Werneck nach der Heil- und Pflegeanstalt bei Lohr hat zu Beginn dieses Monats stattgefunden. Sämtliche Kranke aus den Amtsbezirken Lohr, Aschaffenburg, Marktheidenfeld und den unteren Mainbezirken kommen in die Anstalt von Lohr, während diejenigen der oberen Bezirke, Würzburg usw., in der Irrenanstalt Werneck untergebracht werden.

— **Preisausschreiben.** Cesaro Lombroso hat testamentarisch, solange das von ihm gegründete Archivio d'Anthropologia criminale besteht, eine Summe von 500 Fr. für die beste Arbeit oder die hervorragendste Entdeckung auf dem Gebiete der Kriminal-Anthropologie bestimmt. Dieser Preis soll in jedem zweiten Jahre verteilt werden. Die Familie Lombroso hat mit der Zuerkennung des Preises das Organisationskomitee des VIII. internationalen Kriminal-Anthropologischen Kongresses beauftragt und als Vertreter der Familie Frau Dr. Gina-Lombroso-Ferrero benannt, unter gleichzeitiger Erhöhung des Preises auf 1000 Frs. Das Organisationskomitee hat die Bedingungen des Preisausschreibens nunmehr so festgesetzt: Ein Preis von 1000 Lire (Lombroso-Preis) wird für die hervorragendste Arbeit oder die bedeutsamste Entdeckung auf dem Gebiete des Kriminal-Anthropologischen Kongresses in Budapest (Sommer 1914) vergeben werden. Die Arbeiten oder Entdeckungen müssen im Laufe der Jahre 1911, 1912, 1913, 1914 veröffentlicht werden. Der Wettbewerb ist international. Ungedruckte Manuskripte können in Schreibmaschinenschrift zum Wettbewerb zugelassen werden; die Auszahlung des Preises erfolgt in dem Falle nach der Drucklegung. Eine Zusendung der bereits gedruckten Arbeiten an das Preisrichterkollegium ist erwünscht, aber nicht Bedingung. Die Preisverteilung findet in der Eröffnungssitzung des VIII. internationalen Kriminal-Anthropologischen Kongresses statt. Das Organisationskomitee des VIII. internationalen Kriminal-Anthropologischen Kongresses: Prof. Dr. G. Aschaffenburg-Cöln, Staatssekretär Prof. von Balogh-Budapest, Prof. Dr. Enr. Ferri-Rom, Dr. Hans Kurella-Bonn, Geh. Medizinalrat Prof. Sommer-Gießen, Frau Dr. Gina Lombroso-Ferrero (Vertreterin der Familie Lombroso).

— **Ausstellung von Handarbeiten Geisteskranker in Untergöltzsch.** Auf Anregung des Anstaltslehrers Pfretzschner und unter dessen Leitung fand letzthin im Festsaale der Heil- und Pflege-Anstalt in Untergöltzsch b. Rodewisch eine Ausstellung von Liebhaber-, Schnitz- und Tischlerarbeiten und Brandmalerei der verpflegten Männer und von

Handarbeiten der Frauen statt. Auch Schwestern hatten kunstvolle Stickereien, Häkeleien und Malarbeiten herzugebracht, die sie teils im Verein mit den ihnen zur Pflege anvertrauten Kranken, teils allein im Kreise derselben hergestellt hatten.

Der Zweck der Ausstellung, mit den landläufigen schiefen Vorstellungen über die Behandlung der Geisteskranken, wonach diese womöglich meist in dunklen Zellen, gar mit Zwangsjacken angetan, gehalten würden, nach Kräften aufzuräumen, wurde bei den zahlreichen Besuchern wohl im vollen Umfange erreicht. Dargetan aber wurde, wie weit es die Arbeit des Personals und die liebevolle Behandlung bei den unglücklichen Verpflegten bringen können. Die Besucher waren geradezu überrascht von der Vielseitigkeit und der künstlerischen Ausführung der Arbeiten.

Besonders beachtet wurden die Schnitzereien, bei denen eigentlich von Dilettantismus wenig zu sehen war. Die Sauberkeit und Akkuratesse, mit denen alle die Gegenstände, wie Schreibtisch, Bordbretter, Zeitungshalter, Gondelhocker usw. gearbeitet waren, seien vor allem hervorgehoben.

Die Handarbeiten der Frauen zeugten von größter Geschicklichkeit. Neben den mit vieler Mühe gearbeiteten Decken sahen wir die schönsten Gobelins, Klöppelspitzen und Ruhekissen. Aus Wollabfällen verstanden die Kranken Jacken, Müffchen und Schuhe zu fertigen. Vor allem fesselte ein geknüpftes Umhängetuch, in das Name, Wohnort und Station der Verfertigerin eingeknüpft waren. Die Ausstellung ist als eine durchaus wohlgelungene zu bezeichnen.

Referate.

— Thurnwald-Berlin, E. Über ethno-psychologische Untersuchungen bei Naturvölkern. Vortrag auf der 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsruhe.

Vf. führt aus, daß Umwelt und Vererbung die beiden Faktoren sind, welche die biologische Grundlage aller Menschenforschung bildet. Es ist also zu erforschen 1. Wie reagieren bestimmte Menschen oder Menschengruppen auf die Außenwelt? 2. Wie drücken sich diese Reaktionen in der Gestaltung der Kultur aus? Zu ihrer Lösung empfiehlt Vf. ethnopsychologische Monographien, womit er selbst auf einer Reise nach den Südseeinseln einen bescheidenen Anfang gemacht hat. Albrecht-Treptow.

— Alter-Lindenhaus, Med.-Rat Dr. Zur Statistik der Geisteskrankheiten. Sonderabdruck aus der Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Bd. VII Heft 4. Verl. von Julius Springer, Berlin. 1911.

Eine sehr interessante Arbeit, weil sie einen Vergleich mit den Verhältnissen vor 100 Jahren (Zählung der Geisteskr. 1804 und 1908) gestattet. Vf. kommt zu folgenden Schlüssen: die Statistik zeigt im letzten Jahrhundert in Lippe eine Zunahme der Geisteskrankheit um das Dreifache, und zwar entfällt diese Zunahme überwiegend auf das männliche Geschlecht und beruht auf der Komplizierung des heutigen Erwerbslebens; zu einem Teil — 20 Proz. — erklärt sich das Anwachsen des geisteskranken Teils der Bevölkerung aus einer Anreicherung durch die Anstaltsfürsorge (durchschnittl. Lebensdauer der Geisteskranken 1804 31,8 — 1908 41,5 Jahre, während die Lebensdauer für die Gesamtbevölkerung um 5 bis 5,5 Jahre gestiegen ist), so daß die wirkliche Zunahme der Geisteskranken nur 1,8 mal so groß ist, als die der Bevölkerung; der Typus der Erkrankungen hat sich in den letzten 100 Jahren nicht geändert. Der Effekt der Inzucht und Entartung auf Grund erblicher Belastung ist nicht so groß, wie man erwarten sollte; Vf. bestätigt somit die Anschauungen Bumkes, daß die Regeneration der Degeneration zum mindesten die Wage halte. Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Breslau.** Dr. Stertz hat sich für Psychiatrie habilitiert.

— **Königsberg i. Pr.** Privatdozent Dr. Goldstein erhielt das Prädikat Professor.

— **Berlin.** Privatdozent Dr. Cassirer erhielt das Prädikat Professor.

San Remo.

Am 15. Oktober wurde die im Laufe dieses Sommers erbaute, aufs modernste eingerichtete Hydrotherapie des dem Hüglin-Konzern angehörenden Grand Hotels Bellevue und Kurhaus Sanremo dem Betrieb übergeben. Die Arbeiten an dem zur Durchführung klinischer Kuren bestimmten Kurhaus sind so fortgeschritten, daß die Eröffnung Anfang Dezember stattfinden kann. Das neue Unternehmen, dessen Gründung von den leitenden Persönlichkeiten des Hotels und Kurhaus St. Blasien (bad. Schwarzwald) ausgeht, soll nach denselben Prinzipien wie dort geleitet werden. Es hat sich dort als äußerst vorteilhaft für die Kurgäste und deren Begleiter erwiesen, daß ein Sanatorium in enger Verbindung mit einem erstklassigen Hotel steht. Für den Sanatoriumbetrieb in San Remo ist das vierstöckige Kurhaus bestimmt. Kurhaus, Hydrotherapie und Hotel sind durch einen heizbaren gedeckten Gang miteinander verbunden. Die ärztlichen Einrichtungen wurden unter Mitwirkung des Herrn Professor Dr. Determann, St. Blasien, ausgeführt. Die neue Anstalt enthält alle für das Wasserheilverfahren und für die Elektrotherapie in Betracht kommenden Einrichtungen, warme Meerbäder mit eigner Seewasserleitung, Röntgen-Abteilung, Inhalationstherapie (Wasmuth), eine besondere Einrichtung für Massage und Heilgymnastik. Das größte Gewicht wird auf die Durchführung unter ärztlicher Leitung stehender diätetischer Kuren gelegt. Auch hierfür steht ein gut geschultes Personal zur Verfügung. Das ausgezeichnete Klima von San Remo ermöglicht die klinische Behandlung sowohl leicht, als auch ernster Erkrankter; von günstiger Wirkung für den Heilerfolg ist es auch, daß das Klima einen reichlichen Freiluft-Aufenthalt gestattet. Die Zimmer des Kurhauses haben zu diesem Zweck Loggien; auch befindet sich auf dem Dach des Gebäudes ein Luftbad und eine Liegehalle, von der aus man eine herrliche Aussicht aufs Meer hat. Zur Behandlung kommen alle innerlichen Krankheiten, mit Ausnahme von infektiösen Leiden (tuberkulöse Patienten werden nicht aufgenommen). Leitende Ärzte sind die Herren Dr. Bröking und Dr. Allendorf (im Sommer am Hotel und Kurhaus St. Blasien). Das Anwesen ist bis Ende Mai geöffnet. Für Kranke, die dringend der Ruhe bedürfen, empfehlen sich die ruhigeren Monate November, Dezember oder am Ende des Winters. Dr. D.

Therapeutisches.

— **Das Zink-Perhydrol und seine Anwendung in der Wundtherapie.** Von Dr. Erich Hanschmidt. Fortschritte der Medizin Nr. 2, 1911.

Hanschmidt berichtet über Erfahrungen mit Zink-Perhydrol.

Bei einem seit 6 Jahren bestehenden gangränösen, fast bis auf das Periost reichenden Ulcus cruris, das schon mit den verschiedensten Mitteln vorbehandelt war, wurde Zink-Perhydrol als 25%ige Salbe angewandt. Es bewirkte rasche Reinigung durch Abstoßung des gangränösen Gewebes, so daß in 2 Wochen eine rote granulierende Fläche und an den Wundrändern ein fester Epithelsaum vorhanden war. Die Behandlung wurde ohne Berufsstörung durchgeführt, Rezidive traten nicht auf. Autor hat seitdem das Zink-Perhydrol in vielen Fällen von Ulcus cruris angewandt und stets gute Resultate erzielt. Auch bei Verbrennungen und schweren Brandwunden durch explosive Stoffe hatte er günstige Erfolge zu verzeichnen.

Bei phlegmonösen Prozessen, Panaritium, Furunkeln und Karbunkeln wurde die nach Inzision und Ausstoßung des nekrotischen Pfropfes entstandene Höhle mit Zink-Perhydrol-Salbe ausgefüllt, wonach die Heilung sehr schnell von statten ging.

Einfache Schnitt- und Rißwunden eitern unter Anwendung von Zink-Perhydrol-Salbe seltener als beim Gebrauche anderer Antiseptika. Die Wunden wurden vorher mit 3%iger Perhydrollösung ausgewaschen.

Zink-Perhydrol hat auch deutliche anästhesierende und hämostatische Eigenschaften.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firmen

E. Merck, Darmstadt über Magnesium-Perhydrol,

Elektrolyser-Bau, Arthur Stahl, Aue, Sachsen

betr. **„Elektrische Bleichapparate"**

bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 35. 30. November 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Julius Alexander Max Krell †.

Julius Alexander Max Krell wurde geboren am 30. Juni 1855, besuchte das Gymnasium Zwickau i. S., bezog sodann die Universität Leipzig und vervollkommnete sich in Würzburg namentlich auf dem Gebiet der inneren Medizin. Auf weiten Reisen schärfte er seinen Blick für die Natur und die Menschen. Alsdann war er eine Reihe von Jahren an der psychiatrischen Heilanstalt seines späteren Schwiegervaters Dr. Brosius in Bendorf a. Rh. tätig, zuletzt als ärztlicher Mitleiter. Hier entschloß er sich, sein Leben ganz der Psychiatrie zu widmen, wozu ihn zu begeistern Brosius, der für die freie Behandlung der Geisteskranken soviel getan hat, besonders geeignet war. 1884 trat Krell in den Dienst der Königlich Sächsischen Landesanstalten, an deren Reform er sich an seinem Teil namentlich auch bei der Abschaffung aller Zwangsmittel mit dem größten Eifer beteiligte. Von Hubertusburg wurde er nach Colditz und von da an die Landesanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen versetzt. Hier lieferte er auch eine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, von denen nur die Behandlung der Epileptischen nach Toulouse und eine Arbeit über Simulation und Dissimulation von Geisteskrankheiten hervorgehoben seien. Vor allem beschäftigten ihn praktische Fragen der Irrenheilkunde: Anstaltsbau, Pflegerwesen, Fürsorge für entlassene Geisteskranke usw. 1902 wurde ihm die Einrichtung der in der sächsischen Lausitz neu gegründeten Königlichen Heil- u. Pflegeanstalt zu Großschweidnitz übertragen. Mit geradezu väterlicher Liebe führte er diese Aufgabe zu Ende. Er kannte in Großschweidnitz jeden Kranken und mühte sich bis ins kleinste für sein Wohlergehen, persönlich



sich oft sogar für die Details des Einzelnen sorgend. Was er den Kranken an Freiheit gewähren konnte, geschah. Um die Unterhaltung der Kranken durch Aufführungen, Spaziergänge, Sommer- und Winterfeste kümmerte er sich bis in alle Einzelheiten. Dem Speisezettel der Anstalt widmete er die größte Sorgfalt, unermüdlich zu möglichst abwechslungsreicher Ausgestaltung der Kost anregend. Täglich hielt er eingehende Beratungen mit seinen Beamten ab. Jederzeit hatte er das wahre Wohl seiner Pfleger und Pflegerinnen im Auge, unterhielt sich gern mit ihnen über ihre Sorgen und Wünsche und suchte ihnen auch den Kranken und den Angehörigen gegenüber eine angesehene Stellung zu verschaffen. Gegen die Anverwandten der Kranken, die er gern persönlich empfing, war er in hohem Grade zuvorkommend, führte sie oft selbst zu den Kranken und offenbarte ihnen eine weitgehende persönliche Teilnahme. Äußerst gefällig war er bei den Aufnahmen und suchte die Formalitäten hierbei zu erleichtern, so viel er konnte, überhaupt war er erhaben über jeden Schematismus. Viel Talent und Geschick offenbarte er in der möglichst freundlichen Einrichtung der Krankenräume; das erst jüngst nach seinen Angaben gebaute Großschweidnitzer Krankenhaus ist geradezu vollkommen. In den Jahresberichten, die er als Direktor von Großschweidnitz dem Königlichen Ministerium erstattet hat, hat er eine solche Fülle von trefflichen Gedanken über zahlreiche Verwaltungsfragen niedergelegt, daß man noch lange von diesem Schatze heben können wird. In anregender und herzlicher Weise verkehrte er mit seinen Kollegen. Viele Psychiater in- und außerhalb Deutschlands nahmen seinen Rat in Anspruch. Namentlich werden diejenigen, die mit ihm und unter ihm arbeiteten, ihn wegen seiner Großzügigkeit und der Vornehmheit seiner Gesinnung nie vergessen. Hervorgehoben sei endlich seine Mitwirkung bei Gründung des Sächs. Irrenhilfsvereins, für die ihm der Dank Vieler gebührt.

Se. Majestät der König von Sachsen verlieh ihm das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens, sowie das Ritterkreuz I. Klasse des Verdienstordens und ernannte ihn vor einigen Jahren zum Obermedizinalrat.

Eine heimtückische Krankheit (Morbus Brightii) warf schon lange Jahre vor seinem am 21. November 1912 erfolgten Ableben ihre dunklen Schatten voraus und erschwerte ihm seine Tätigkeit oft unsäglich. Dennoch hielt er tapfer und selbstlos auf seinem Posten aus, so lange es ihm möglich war. Bis in die letzten Tage ernsten Leidens, während deren ihm von seiner Frau und seinen Kindern die rührendste Pflege zuteil wurde, beschäftigten ihn Fragen des Anstaltswesens und die Sorge, daß ein Direktor eine allzu große Anstalt unmöglich so übersehen könne, wie er es von sich zu verlangen gewohnt war.

Requiescat in pace!

G. Ilberg.

Aus der Kgl. Heilanstalt Schussenried (Württemberg), Direktor Medizinalrat Dr. Groß.

Das Adalin in der psychiatrischen Anstaltspraxis.

Von Dr. med. *Fr. Uhlmann.*

Die Anschauungen über den Wert der medikamentösen Therapie bei psychisch Kranken sind ja bekanntlich so grundverschieden wie nur möglich. Während die einen Autoren eine schonende medikamentöse Behandlung bei Erregungs- und Depressionszuständen dringend empfehlen zur Unterstützung der physikalischen Methoden, verwerfen andere Psychiater dies vollkommen, indem sie annehmen, daß die hierzu benötigten Mittel viel mehr Schaden als Nutzen stiften. Rein theoretisch betrachtet, sollte man doch glauben, daß diese Erregungszustände ebenso wie ähnliche Erscheinungen krankhafter Organfunktionen in der übrigen Medizin vom selben Gesichtspunkt aus zu betrachten seien, wie die letzteren. Schmerzen jeder Provenienz werden, wenn irgendwie stark mit den verschiedensten, nicht immer indifferenten Mitteln, bekämpft. Hohes Fieber, starker Hustenreiz etc. müssen behandelt werden; warum sollten nun psychische Störungen extremer Art nicht denselben Regeln unterliegen? Im allgemeinen werden ja solche

Funktionsstörungen, welche nicht gerade die Existenz des Körpers in Frage setzen, nur dann behandelt, wenn man annehmen muß, daß sie durch ihr Andauern den Körper und seine Funktionen stören könnten.

Wer will nun behaupten, daß eine starke psychische Erregung oder eine Depression nicht auch auf das Somatische übergreife und so ein Circulus vitiosus entstehe, der die ganze Erkrankung ungünstig beeinflussen kann? In der Praxis scheitert nun aber oft das Bestreben zu lindern an der Tatsache, daß wir bis jetzt leider kein Mittel kennen, das sonst für den menschlichen Organismus gleichgültig wäre, wenn auch die Legion der empfohlenen Arzneien hierin große Unterschiede aufweisen mag. Es ist natürlich meist eine Sache individuellen Empfindens, ob man die Schädigung durch die Erregung selbst oder die zu ihrer Herabsetzung verwendeten Medikamente höher einschätzt. Es ist selbstverständlich, daß man von allen Heilfaktoren die natürlich gegebenen, die physikalischen Methoden zuerst zur Anwendung bringt, obschon ich gleich hier betonen möchte, daß sie ungeachtet ihrer großen Vorteile, doch auch nicht so harmlos zu erachten sind, wie das meist getan wird. Das Dauerbad und die Einpackung, diese modernen Zwangsjacken sind entschieden keineswegs immer angenehm und allgemein zuträglich, abgesehen davon, daß es doch eine große Reihe von Kranken gibt, bei denen sie wenig oder nichts nützen. In solchen Fällen sind wir eben gezwungen, zu Medikamenten zu greifen, wenn wir überhaupt helfen wollen, was sehr oft, nicht nur im Interesse des Patienten selbst, sondern auch seiner Mitkranken dringend wünschenswert ist. Auf die an und für sich wichtige Frage, ob die künstliche Herabsetzung solcher psychischer Erregungszustände auf den Verlauf der Erkrankung von Einfluß ist, will ich hier nicht eingehen, da sie mich zu weit vom Thema abbringt. Es ist nun ferner eine längst bekannte Tatsache, daß fast nirgends wie hier so starke individuelle Verschiedenheiten existieren im Verhalten gegen Schlaf- und Beruhigungsmittel. Ein Mittel, das bei einem stark erregten Patienten in kleinen Dosen sehr gut wirkt, ist bei einem anderen nur wenig erregten in größten Dosen unwirksam. Wir müssen oft lange Zeit die Art und Dose ausprobieren, bis wir Erfolg haben, und leider ist dies sehr oft nur mit solchen Mitteln und in solchen Dosen möglich, daß wir eine Schädigung voraussetzen müssen. Unser Suchen nach einem idealen Spezifikum war bis jetzt vergebens und wird es wahrscheinlich auch bleiben. Unser erstes Streben soll nur sein, mit möglichst unschuldigen Dosen eine gute Wirkung zu erhalten und die als stark schädigend bekannten Medikamente nach Möglichkeit auszuschalten. Wenn wir auch eine Berechtigung zum Suchen unschuldiger Mittel zugestehen und begrüßen müssen, so können wir doch nicht umhin, zu konstatieren, daß manche chemischen Fabriken und Apotheken darin heutzutage des Guten zu viel leisten und Präparate auf den Markt bringen, welche gegenüber den früher bewährten keine Vorteile bieten und durch ihre Existenz und Empfehlung nur Verwirrung und Unsicherheit hervorrufen. Es ist kaum glaublich, was in dieser Beziehung geleistet wird. Es gibt leider der nichtstaugenden Mittel so viele, daß die ausnahmsweise etwas taugenden in dieser Flut untergehen und keine Beachtung finden. Wo wir auch immer einen Fortschritt gegen früher finden, sollen wir uns denselben zunutze machen, und auf einen solchen Fortschritt in unserem Arzneischatz möchte ich im folgenden aufmerksam machen. Die Firma Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Cie. in Leverkusen a. Rh. hat in jüngster Zeit ein neues Präparat in den Handel gebracht, das gegenüber den bisherigen einige sehr beachtenswerte Vorteile hat und deshalb ausnahmsweise eine nützliche Bereicherung unseres Arzneischatzes bedeutet, das Adalin.

Eine große Zahl von Arbeiten über dasselbe, zum Teil von bekannten Autoritäten, sind in jüngster Zeit erschienen, und alle haben die Vorteile dieses Mittels unumwunden anerkannt, einige sogar dasselbe als eine Panacee erklärt. Über verschiedene Punkte der Adalintherapie gehen die Meinungen noch wesentlich auseinander und ich habe mir nun zur Aufgabe gestellt, im folgenden das Bekannte vergleichend zusammenzufassen und dies mit meinen an einem großen Krankenmaterial und mit großen Quantitäten des Mittels angestellten Versuchen zu vergleichen und zu ergänzen.

I. Die chemische Konstitution und pharmakologische Wirkung.

In Übereinstimmung mit den Angaben der Fabrik wird das Adalin als ein substituierter Harnstoff (Bromdiäthylacethyl-Harnstoff) aufgefaßt von folgender Konstitution:

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} Br \\ CO.NH.CO.NH_2. \end{matrix}$$

Es ist ein weißes kristallisiertes Pulver, fast geruchlos und etwas bitter schmeckend, in kaltem Wasser und Benzoläther ganz wenig löslich, etwas besser in warmem Wasser, am besten in Alkohol, Aceton und Benzol. Es eignet sich

infolgedessen nur zur innerlichen Darreichung per os, während eine subkutane Therapie nicht möglich ist.

Eingenommen wirkt es in kleineren Dosen beruhigend auf das Zentralnervensystem, ähnlich den Bromsalzen, in größeren Dosen erzeugt es einen ruhigen Schlaf ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Es fragt sich nun, welches die wirksamen Bestandteile sind oder ob das Mittel in toto zur Wirkung gelangt. In dieser Beziehung gehen die Ansichten wesentlich auseinander. Die einen Beobachter nehmen an, daß im Körper sofort das Brommolekül abgespalten werde und als solches seine sedative Wirkung ausübe. Hoppe und Seegers*) glauben die Wirkung des Mittels darin suchen zu müssen, daß das Adalin längere Zeit im Körper verweile und zu einer kumulativen Wirkung gelange. Ihre Auffassung stützt sich auf falsche Beobachtung, daß auf Adalintherapie kein anorganisches Brom ausgeschieden, daß es also nicht abgebaut werde, sondern daß es sehr langsam als organisches Brom im Urin erscheine. Dieser Ansicht war auch Filipi; Impens hingegen hat in einer sehr sorgfältigen und exakten Methode das anorganisch ausgeschiedene Brom nachgewiesen und dargetan, daß das Adalin im Körper rasch zerfällt und wohl nur in toto eine Wirkung hat. Eine kumulative Wirkung wäre demnach nicht zu erwarten und ist auch tatsächlich noch in keinem Falle nachgewiesen worden. Es ist sehr wahrscheinlich, daß in dem Adalinkomplex nicht das Brom allein wirkt, sondern daß der Harnstoffrest eine ebenso wichtige Rolle spielt bei der Erregungsherabsetzung in den Hirnzentren.

Auf eine Art Kumulation, wenn man es so nennen will, die ich fast ausnahmslos bei meinen Kranken konstatieren konnte, möchte ich gleich an dieser Stelle verweisen.

Wenn ich zu sedativen Zwecken Adalin in refrakten Dosen mehrmals über Tag verabfolgen ließ, so erreichte ich mit 0,25 g drei- bis viermal gegeben bei stärkerer Erregung selten eine Wirkung; wenn ich die Medikation fortsetzte, so konnte ich am zweiten bis dritten Tage eine allmähliche Beruhigung konstatieren, von da ab gab es keine Steigerung mehr im Sinne einer Kumulation. Es fragt sich nun, als was diese Erscheinung aufzufassen ist. Ich möchte annehmen, daß der Körper im Beginn der Behandlung einen Teil des Mittels wirkungslos bindet, und erst, wenn dies geschehen, die weiteren Dosen zur Wirkung gelangen können. Hiermit würde auch übereinstimmen, daß bei kurzen Unterbrechungen der Darreichung (zwei bis drei Tage) kleine Dosen sofort wieder die volle Wirkung entfalten, während es später bei längerer Unterbrechung wieder einer Einleitung bedarf, wie zu Anfang der Behandlung.

*) Siehe Verzeichnis am Schluß.

II. Die Dosierung.

Fast durchgehend geben die Autoren an, daß mit Ausnahme der stärksten Erregungsstadien mit relativ kleinen refrakten Dosen von 0,25 bis 0,5 g eine prompte Beruhigung sich erzielen lasse. Diesem Urteil kann ich nun nicht ganz beipflichten, denn nur in ganz leichten Fällen ist es mir gelungen, mit drei- bis viermal 0,25 eine deutliche Wirkung zu erhalten, und zwar erst nach zwei bis drei Tagen. Für stärkere Erregungen bedurfte ich schon 0,5, und starke Fälle ließen sich überhaupt nicht beruhigen, es sei denn, daß ich Dauerbäder über den ganzen Tag und oft noch die ganze Nacht anwandte. In vielen Fällen genügte auch dies nicht, um eine sichtbare Beruhigung herbeizuführen, und ich mußte das Adalin noch mit anderen Medikamenten kombinieren. Selbst bei kombinierten maximalen Dosen von Adalin und beispielsweise Sulfonal zusammen vermochte ich in zwei renitenten Fällen keine Beruhigung zu erzwingen. Wenn alle bisherigen Referenten angeben, daß es durch Kombination von Bädern oder andern Sedativa leicht gelinge, auch die stärksten Erregungen zu besänftigen, so weiß ich nicht, warum ich nicht dieselben Beobachtungen machen konnte; ob meine Fälle besonders renitent waren?! So viel kann ich mit Sicherheit behaupten, daß man bei stärkeren Erregungen zu maximalen Dosen greifen muß, die erheblich höher sind, als die angegebenen.

In vielen Fällen hat sich folgende Anordnung als nötig erwiesen:

1. Warmes Dauerbad von 16 bis 20 Stunden.
2. Viermal 0,75 Adalin über Tag und abends 2,0.

In mehreren Fällen überdies über Tag dreimal 0,3 Luminal, abends 0,9 Luminal oder 1,5 Trional, 2,0 Sulfonal, 1,0 Veronal, 4,0 Paraldehyd.

Die letzteren Medikamente konnte ich hingegen nur vorübergehend verabreichen. Zwei Fälle von Manie boten jeder Behandlung Trotz. Um die Adalinwirkung mit derjenigen anderer Mittel zu vergleichen, habe ich dasselbe oft ausgesetzt und durch ein anderes zu ersetzen gesucht oder oft die Medikation auch mit einem solchen eingeleitet und bin erst nach einigen Tagen zu Adalin übergegangen.

Hierbei zeigte es sich, daß bereits kleine Dosen Adalin in ihrer Wirkung maximalen Dosen anderer Sedativa gleich kamen,

ohne deren Nachteile zu zeigen; darin liegt meines Erachtens ein Hauptvorteil des Adalin gegenüber anderen.

III. Die Ordination.

Es ist ja in der Psychiatrie keine ganz leichte Sache, größere Versuche mit Medikamenten anzustellen, da viele Kranke sich weigern, überhaupt Medikamente zu nehmen, oder dann sofort durch Wahnideen reagieren; man wolle sie vergiften, oder habe sie vergiftet, so daß sie fernerhin nichts mehr nehmen, oft sogar die Speisen refusieren. In vielen Fällen konnte ich mir so helfen, daß ich das leider in Wasser unlösliche Adalin in die Speisen mischen ließ, was aber verschiedene Nachteile hatte. Einmal war man dabei an die Mahlzeiten gebunden und dann gab es doch mehrere Kranke, welche diese „sandige Beimengung" bald bemerkten und die Nahrung verweigerten. In solchen Fällen mußte ich leider oft die Medikation fallen lassen. Von den „vernünftigen" Patienten wurden die Tabletten meist lieber genommen, als das doch immerhin etwas bittere Pulver. Ich ließ das Medikament meist mit warmem Tee einnehmen.

Schade, daß das Adalin so schlecht wasserlöslich ist und auch nicht subkutan gegeben werden kann, es würde uns noch viel größere Dienste erweisen.

IV. Die sedative Wirkung

des Adalins ist zweifellos eine Hauptwirkung, deretwegen es warm empfohlen werden kann. Von allen bisherigen Autoren, von denen ich Finckh, Bergerhaus, Fleischmann, Fischer, Hennes anführen möchte, wird die sedative Wirkung des Adalins hervorgehoben und an erste Stelle gebracht. Ich persönlich möchte die hypnotische Wirkung eher voranstellen.

Durch meine Versuche an ca. 150 Kranken, die ich lange Zeit mit Adalin behandelte, kam ich zum Resultat, daß die von den meisten Autoren zur Erlangung einer sedativen Wirkung angegebenen Dosen zu niedrig sind. In vielen Fällen habe ich viermal 0,5 verabfolgen müssen und in einem weiteren Teil der Fälle gar viermal 0,75 bis 1,0. In einigen Fällen gab ich zu den viermal 1,0 noch drei- bis viermal (0,3 bis 0,5) Luminal, hohe Dosen von Veronal, Trional, Paraldehyd, Chloralhydrat etc. In ca. 70% der Fälle genügte drei- bis viermal 0,5 plus abendlicher Schlafdosis von gewöhnlich 1,0 g; 13% reagierten erst auf 0,75; 7% erst mit 1,0; 9% mit Kombinationen und 1% überhaupt nicht.

Die Wirkung begann, wie schon früher bemerkt, in etwa 90% der Fälle erst am zweiten bis dritten Tag sichtbar und war mit der gleichen Dose nach einem Tag auf dem Maximum für diese Dose angelangt; eine Steigerung der Dosis brachte meist sofortige Verstärkung der Wirkung. Dauerbäder wurden bei meinen Versuchen bei ca. 60% der Fälle gegeben, in variabler Dauer von 3 bis 20 Stunden, d. h. bei allen mittelschweren und schweren Fällen der Erregung.

Mein Krankenmaterial setzte sich wie folgt zusammen:

	Leichte	Mittlere	Schwere	Total
Dementia praecox	26	20	2	48
	21*)	24	5	50
Man.-depressives	2	9	3	14
Irresein	4*)	7	2	13
Progr. Paralyse	2	2	1	5
Dementia senilis	1	1	0	2
	0*)	2	1	3
Melancholie	2*)	1	3	6
Hysterie	2*)	1	0	2
Epilepsie	1	1	0	3
Total	61	68	17	146

*) Männer

Es wird hier noch nötig sein, kurz anzugeben, was ich unter dieser willkürlichen Abstufung verstehe:

1. Leichte Fälle. Leichte motorische Unruhe. Geschwätzigkeit. Lachen. Leichte Bettflucht.

2. Mittlere Fälle. Beständige Bettflucht oder Schimpfen, Lärmen etc.

3. Schwere Fälle. Tobsucht, Brüllen, Fluchen, Bettflucht, Zerreißen, starkes Lärmen, Aggressivität.

Bei Melancholie und Depression ist natürlich die mehr oder weniger starke ängstliche Erregung maßgebend.

Ich habe nun in der folgenden Tabelle das Ergebnis der Versuche dargestellt, wie sich die Wirkung bei den einzelnen Zustandsbildern verhält.

Sedative Wirkungen.

	Gute	Mittlere	Schlechte od. keine
Dementia praecox	52	41	15
Man.-depressives Irresein	4	20	3 (2)*)
Progressive Paralyse	1	3	2
Dementia senilis	1	1	2
Melancholie	3	3	—
Hysterie	1	2	—
Epilepsie	1	1	—
Total	63	71	12

*) Gänzliches Versagen jeder Wirkung.

Hypnotische Wirkungen.

	Gute	Mittlere	Schlechte od. keine
Dementia praecox	67	27	4
Man.-depressives Irresein	3	15	9(2)*)
Progressive Paralyse	1	4	—
Dementia senilis	3	2	—
Melancholie	2	4	—
Hysterie	1	2	—
Epilepsie	2	—	—
Total	79	54	13

*) Gänzliches Versagen jeder Wirkung.

Es geht daraus hervor, daß bei Dementia praecox die Wirkung im allgemeinen eine gute war, während bei manisch-depressivem Irresein nur in vier Fällen von einer prompten Wirkung gesprochen werden konnte.

Was nun endlich das Verhältnis der Schwere des Falles zur Wirkung anbetrifft, so erhielt ich folgende Zahlen. Von 129 leichten und mittleren Fällen wurden 128 durch mäßige Dosen (0,5 bis 0,75) gut bis mittelmäßig beeinflußt. Von den 17 schweren Fällen bloß 6.

In diesem Ergebnis stimme ich mit den meisten Autoren überein, daß die schweren Fälle sich zur Behandlung wenig eignen.

Daß Adalin besonders auch auf Epilepsie wirken soll, indem es die Zahl der Anfälle herabsetze, wie Scheidenmantel behauptet, konnte ich an meinen zwei Patienten nicht nachweisen, was zwar bei der kleinen Zahl nicht ausschlaggebend sein kann. Dagegen konnte ich die gute Wirkung bei Melancholie, wie sie Hennes hervorhebt, bestätigen, nicht aber die ausnehmend günstige Beeinflussung von Dementia senilis und Paralyse. Günstiger war bei denselben die hypnotische Anwendung, wie wir noch sehen werden. Auffallend war mir, wie wenig die stille Bettflucht und das ruhige Vorsichhinreden Dementer durch Adalin beeinflußt wurden. Hier sah ich sozusagen in keinem Fall, selbst bei größten Dosen, eine befriedigende Wirkung.

V. Die hypnotische Wirkung.

Gegenüber anderen Autoren möchte ich gerade die hypnotische Wirkung des Adalins in den Vordergrund stellen, weil es in dieser Art wohl am häufigsten in Anwendung kommen wird und sich hier vor allem seine Vorzüge geltend machen, wie wir noch sehen werden.

Wie bereits erwähnt, mußte ich meistens ziemlich hohe Dosen anwenden (1 bis 2 g), die ich gewöhnlich abends geben ließ. Die Wirkung zeigte sich meistens in 1/2 bis 1 Stunde und trat ganz allmählich ein, so daß die Kranken ein natürliches Schlafbedürfnis bekamen und nicht das unangenehme Gefühl der Eingenommenheit oder gar der Aufregung, wie es viele andere Hypnotica zu tun pflegen. Der Schlaf war gewöhnlich ziemlich tief, die Atmung langsam, nicht abnorm tief, kein vermehrtes Schnarchen. Wurden die Kranken plötzlich erweckt, so waren sie klar und schliefen meist nach 1/4 Stunde wieder ein. Die durchschnittliche Dauer des Schlafes bei guter Wirkung war acht Stunden. Nach der Dauer des Schlafes habe ich den Wirkungsgrad auch eingeteilt in gute Wirkung: 6 bis 8 Stunden; mittlere Wirkung: 2 bis 5 Stunden; schlechte Wirkung: 0 bis 1 Stunde.

Aus Tabelle 2 geht hervor, daß mit Ausnahme der Dementia praecox die hypnotische Wirkung die prompteste ist, von den 129 leichten und mittleren Fällen reagierten alle gut oder mittelmäßig und ebenso noch vier von den schweren Fällen. Mehr oder weniger versagt hat das Adalin also in sedativer wie hypnotischer Anwendung nur in ca. 10%, bei den leichteren und mittleren Fällen sogar in weniger als 1%. Gänzlich versagt, wie erwähnt, in zwei Fällen (also 0,7%). Allerdings ist hierbei zu beachten, daß in einzelnen Fällen, besonders in schweren, noch andere Hypnotica herangezogen werden mußten, wobei sich besonders die Kombination mit Pantopon protrahiert bewährte.

Bedeutend kräftiger war die hypnotische Wirkung, wenn Adalin auch tagsüber als Sedativum gegeben wurde.

VI. Neben- und Nachwirkung.

Vorerst konnte ich konstatieren, daß das Adalin in den von mir verwendeten Dosen bis zu 5,0 pro die keinen schädlichen Einfluß, weder auf das Herz noch auf das Allgemeinbefinden, hatte. Eine Steigerung des Blutdruckes konnte ich nie feststellen, ebensowenig eine Herabsetzung. Im Urin zeigte sich nie Eiweiß oder Zucker. In einem Falle von chronischer Albuminurie, einem äußerst schweren Falle von Manie, konnte ich selbst bei den höchsten Tagesdosen (5 g) keine Vermehrung nachweisen. Dagegen sah ich einige Male bei hohen Schlafdosen (2,0), besonders wenn sie mehrere Tage nacheinander gegeben wurden, leichtes Schwindelgefühl oder Kopfschmerz am Morgen auftreten, die zwar sofort wieder verschwanden, mir aber doch jedesmal anzeigten, daß nun die individuelle Maximaldose überschritten sei. Es sollten meiner Meinung nach bei längerem Gebrauch deshalb nicht Dosen über 1,5 bis 1,75 ge-

geben werden. In drei Fällen sah ich auch Erbrechen auftreten, doch trat dies bei relativ kleinen Dosen auf, und es ist nicht sicher, daß es mit dem Adalin in Zusammenhang gestanden, da es oft auch sonst bei Psychosen vorkommt infolge unmäßigen Essens oder sonstiger Diätfehler. Es scheint mithin der Verdauungstraktus nicht zu leiden, denn auch von Diarrhöen konnte ich nichts konstatieren.

VII. Die Angewöhnung.

Derselben wandte ich meine Hauptaufmerksamkeit zu und habe deshalb eine ganze Reihe von Kranken, und gerade solche, welche hohe und höchste Dosen erheischten, durch lange Zeit hindurch, bis über drei Monate dauernd, mit Adalin behandelt. Einzelne erhielten bis nahezu 400 g in drei Monaten. Im ganzen verbrauchte ich bei meinen Versuchen nahezu 4 kg Adalin in Pulvern und Tabletten. Jeden Tag wurde von jedem Kranken ein detaillierter Fragebogen ausgefüllt, so daß man am Schlusse ein vollständiges Material hatte, das annähernd sichere Schlüsse gestattete.

Ich habe nie bei einem Kranken gesehen, daß sich eine Angewöhnung in dieser relativ langen Zeit eingestellt hätte. Es war das zwar eine ziemlich heikle Beobachtung, da man den psychischen Schwankungen Rechnung tragen mußte. Aber trotzdem glaube ich eine wesentliche Angewöhnung ausschließen zu können, denn ich habe eine Reihe von Kranken behandelt, welche vorher und nachher ein so konstantes Bild zeigten, daß ich eine annähernde Konstanz des Zustandes während der Behandlung annehmen konnte. Auffallend war, wie bereits erwähnt, nur, daß die Wirkung erst nach einer Latenz von zwei bis drei Tagen einsetzte, besonders bei sedativen Dosen, aber öfters war auch bei hypnotischen Gaben eine Steigerung der Wirkung in dieser Zeit bemerkbar, wenn auch in den meisten Fällen gleich bei der ersten adäquaten Dosis eine prompte Wirkung auftrat.

VIII. Schlüsse.

Es scheint mir aus allem mit ziemlicher Deutlichkeit hervorzugehen, daß wir im Adalin unter gewissen Bedingungen eine äußerst wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes erhalten haben, das sich infolge seiner Ungiftigkeit besonders eignet zur Behandlung von leichteren oder mittleren Fällen psychischer oder motorischer Erregung, das aber auch bei schwereren Fällen in gleicher Richtung oft sehr befriedigende Resultate zeitigt. Auch das Fehlen jeglicher unangenehmen Nebenwirkung ist ein Faktor, der gerade bei Psychosen, welche sonst jede Störung des Gemeingefühls krankhaft deuten, nicht zu unterschätzen ist. Das Adalin ist nicht das stärkste Sedativum, wohl aber das unschädlichste, das ich kenne, und es vermag selbst in submaximalen Dosen in den meisten Fällen dieselbe Wirkung auszulösen, wie viele der bisherigen Sedativa in maximalen.

Besonders zu seinen Gunsten spricht auch, daß es keine sichtbare Angewöhnung zeigt.

Bei ihm fehlen alle die sonst so gefürchteten Nebenwirkungen der übrigen Hypnotica, wie Schwindel, Schlafsucht, Kopfschmerz, Übelkeit etc. nach dem Erwachen, und es ist deshalb berufen, als Schlafmittel eine wesentliche Rolle zu spielen.

Ich will aber meine Kritik nicht schließen, bevor ich auch die Mängel noch kurz beleuchtet habe. Dieselben liegen meines Erachtens hauptsächlich darin, daß das Adalin im Wasser so wenig löslich und deshalb in einzelnen Fällen schwierig zu verabreichen ist; auch wird der leicht bittere Geschmack von vielen Patienten nicht geliebt.

Es wäre ein großes Verdienst der Fabrik, wenn es ihr gelänge, diesen Mängeln abzuhelfen, und sie es zugleich soweit brächte, daß wir das Adalin auch subkutan verabfolgen könnten; es würde dies dem Verbrauch des Morph. und anderer differenter Sedativa gewaltig steuern und wäre deshalb als ein Fortschritt zu begrüßen.

Zum Schlusse möchte ich nicht unterlassen, Herrn Direktor Med.-Rat Dr. Groß für seine freundliche Anregung und Unterstützung, sowie den Herren Oberärzten Dr. Koch und Dr. Weinland für die Überlassung des Krankenmaterials und ihre kollegiale Mithilfe an dieser Stelle bestens zu danken.

IX. Verzeichnis der mir zu Gebote gestandenen Literatur über Adalin.

1. Beyerhaus, Dr. G., Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 13, 1911).
2. Filipi, Ed., Proprietà farmacologiche dell' Adalina (Arch. di Farmac. e Scienca, Nr. 5, 1911).
3. Finckh, Dr. J., Klinische Erfahrungen mit Adalin (Med. Klinik, Nr. 4, 1910).
4. Fischer, Dr. A., Weitere Beobachtungen über Adalin als Hypnoticum und Sedativum (Allgem. Med. Central-Zeitung, Nr. 31, 1912).
5. Fleischmann, Dr., Die Wirkung des Hypnoticums Adalin (Med. Klinik, Nr. 47, 1910).
6. Flatau, Dr. G., Über ein Sedativum und Hypnoticum, das Adalin (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 52, 1910).
7. Gudden, Prof. Dr. H., Adalin ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel (Münchener med. Wochenschrift, Nr. 2, 1912).

8. Hennes, Dr., Über Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen (Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 4, Heft 4, 1911).
9. Hoppe und Seegers, Das Verhalten des Adalins im menschlichen Körper (Therapie der Gegenwart, Oktober 1911).
10. Jennicke, Eug., Zur Wirkung des Adalins bei Geisteskrankheiten (Psych.-Neurolog. Wochenschrift, März 1911).
11. Impens, Dr. F., Über die Ausscheidung des Adalins (Therapie der Gegenwart, Heft 4, 1912).
12. Salomonski, Dr. M., Über die sedative Wirkung des Adalins bei sexueller Neurasthenie und anderen Geschlechtskrankheiten (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 14, 1911).
13. Schäfer, P., Über klinische Erfahrungen mit einem neuen Schlafmittel, dem Adalin (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 51, 1910).
14. Scheidenmantel, Dr. E., Klinische Erfahrungen mit Adalin, einem neuen bromhaltigen Sedativum und Hypnoticum (Münchener med. Wochenschrift, Nr. 8, 1911).
15. Weiß, Dr. D., Adalin bei Herzaffektionen (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 26, 1911).
16. Bericht „Adalin" der Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Cie., Leverkusen a. Rh.

(Aus der Landesheilanstalt Marburg.)

Die Pflegschaft gemäss § 1910 Abs. 2, 3 BGB. über entmündigungsreife Geisteskranke.

Von Oberarzt Prof. Dr. *M. Jahrmärker* in Marburg.

(Schluß.)

Unsere Erfahrungen*) zeigen hinsichtlich der Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 BGB. nach wie vor 1. ein schroffes Auseinandergehen der Auffassungen über ihre Zulässigkeit bei entmündigungsreifen Kranken, 2. eine weitgehende Uneinheitlichkeit der Handhabung auch bei Anerkennung dieser Zulässigkeit, 3. eine aus alledem sich ergebende Rechtsunsicherheit mit Gefährdung der verschiedensten Interessen.

Die Notwendigkeit ergibt sich, daß in der tagtäglich aktuell werdenden Frage Einheitlichkeit der grundlegenden Rechtsauffassungen Platz greift oder herbeigeführt wird; können rechtswissenschaftliche Auseinandersetzungen und höchstinstanzliche Entscheidungen die Lösung nicht bringen, so muß gesetzliche Regelung erfolgen. Wedemeyer, welcher zu unseren älteren Erfahrungen und der ganzen Angelegenheit in erschöpfender Weise Stellung nahm,**) äußerte sich u. a.: „Wenn aber auch die Materialien ebensowenig wie der Wortlaut des Gesetzes zu einem zweifelfreien Resultat führen, die „prästabilierte Harmonie" zwischen dem Willen des Gesetzgebers und einem zweckmäßigen Auslegungsergebnis zwingt dazu, die Pflegschaft über entmündigungsreife Geisteskranke zuzulassen."

Die Anschauungen, welchen ich als Anstaltsarzt zuneige, darf ich kurz zusammenfassen:

*) Die Abwesenheitspflegschaft wurde nie herangezogen; bei einem Verschollenen bestand eine solche; sie wurde aufgehoben und es kam eine anderweite Vertretung (Pflegschaft oder Entmündigung) in Frage, als Erkrankung und Aufenthalt bekannt geworden waren.

**) l. c.

1. Im allgemeinen: Die Zulässigkeit der Pflegschaft gemäß § 1910 Abs. 2, 3 BGB. auch über entmündigungsreife Kranke entspricht den praktischen Bedürfnissen und den Interessen vieler Kranker; würde die Zulässigkeit dieser Pflegschaft von seiten der Gerichte nicht endgültig anerkannt, wäre sie oder etwas Analoges zu erstreben; durch die vorläufige Vormundschaft ist diese Pflegschaft auf keinen Fall zu ersetzen.

Eine Begründung dieser Sätze erübrigt sich; sie wird vom Leben jeden Tag gegeben; Mediziner wie Juristen haben sich oft genug in gleichem Sinne ausgesprochen.

2. Im einzelnen (die Zulässigkeit vorausgesetzt):

a) Eine Verständigung (und damit eine beachtliche Willensäußerung) ist nur dann als möglich anzusehen, wenn der Kranke seine Willensäußerung so abgeben kann, wie er sie bei Berücksichtigung der Sachlage auch frei von seiner Krankheit abgeben würde; unbedeutsam ist dabei, ob er die Einwilligung gibt oder sie versagt; der Arzt ist zu hören.

Wenn a dem b die formale Rechtslage klarzustellen vermochte und b der in Anregung gebrachten Pflegschaft verständlich zustimmt, so liegt eine Verständigung nur dann vor, wenn sich in b zwischen Klarstellung und Willensäußerung das abspielte, womit a unter Zugrundelegung von Durchschnittsverhältnissen rechnen muß, wenn b also etwa überlegte: ‚das bedeutet Pflegschaft, diese Angelegenheit muß besorgt werden, dazu bin ich eben nicht imstande, der Pfleger wird mich ordnungsmäßig vertreten';

nicht aber ist sie anzunehmen, wenn b sich etwa sagte: ‚das bedeutet also Pflegschaft, das ist also zu besorgen, mir kann doch nichts helfen, wäre ich erst tot, mögen sie alles zugrunde richten‘, oder: ‚ist ja Unsinn, geht bei mir alles allein, sollen aber ihren Spaß haben‘, oder: ‚wieder so eine Gemeinheit, wollen mich reinlegen, werde sie kriegen, will sie sicher machen‘. Bei zahlreichen Demonstrationen vor Juristen (und solche klären mehr als alle theoretischen Auseinandersetzungen) konnte ich vorführen, wie Kranke zustimmten oder ablehnten, je nach der Art, wie ich fragte, daß sie heute dies wollten und bald darauf das Gegenteil; einig waren wir uns stets, daß Zufall oder Unvernunft entscheiden würde, wenn solche Erklärungen beachtlich wären; nicht konnte hier die an sich naheliegende Überlegung durchdringen, daß dem ein Unrecht nicht geschehe, der zustimme, keinerlei Garantie war durch die Zustimmung für das fernere Verhalten gegeben. Selbstverständlich muß nach alledem erscheinen, daß der Arzt heranzuziehen ist, wenn nicht die größten Irrtümer möglich werden sollen über das, was in dem Befragten vorgeht.

b) Die Statthaftigkeit der Beschwerde wird durch die Krankheit nicht berührt; von der Anordnung der Pflegschaft ist, wenn möglich, Mitteilung zu machen.

Daß ein unter Pflegschaft Gestellter ebenso gut wie ein Entmündigter sein (wenn vielleicht auch nur vermeintliches) Recht muß suchen können, wenn er anderer Ansicht ist als Vormundschaftsrichter und Arzt, liegt nahe; es wird die formal richtig eingelegte Beschwerde um so mehr auf ihre tatsächliche Berechtigung zu prüfen sein, als die Pflegschaft sehr oft ohne Befragung oder wenigstens ohne Einwilligung des Kranken anzuordnen ist; die Abweisung auf Grund des § 104 Abs. 2 BGB. kommt praktisch meist wohl auf dasselbe hinaus (die Anordnung ist eben meist tatsächlich berechtigt), ist aber prinzipiell doch etwas ganz anderes und etwas dem Rechtsgefühl besonnener Kranker viel mehr zuwiderlaufendes.

c) Die Wiederaufhebung einer Pflegschaft, deren Zweck nicht erfüllt ist, hat nicht ohne weiteres zu erfolgen, wenn der Pflegebefohlene sie beantragt (etwa gemäß § 1920 BGB.); notwendig ist die vorherige Feststellung, daß eine Verständigung in dem unter a gekennzeichneten Sinne möglich ist.

Zweifellos kommt dem unter Pflegschaft Gestellten derselbe Schutz vor sich selbst zu, wie dem der Anordnung der Pflegschaft Bedürftigen; ist für das Versagen der Einwilligung zur Anordnung die Verständnismöglichkeit erforderlich, muß sie es auch, ohne daß dieses besonders bemerkt ist, sein für das Versagen der Einwilligung zum Weiterbestehen, also das Verlangen der Wiederaufhebung; deckt sich die Feststellung, daß eine Verständigung, wie sie hier gemeint ist, nicht möglich ist, praktisch vielleicht auch mit der, daß eine rechtsgeschäftliche Willenserklärung nicht abgegeben werden kann (§§ 104 Abs. 2, 105 Abs. 2), so erscheint doch allein schon in Berücksichtigung des in dubio pro reo die prinzipielle Unterscheidung nicht ganz bedeutungslos.

d) Stellung unter Vormundschaft ist herbeizuführen, wenn sich der Kranke bei Ablehnung von Beschwerde und Wiederaufhebungsantrag nicht beruhigt.

Es wird sich meist um äußerlich besonnene Kranke handeln, bei denen wesentliche Besserung doch so bald nicht zu erwarten ist; die Nachteile, welche das Entmündigungsverfahren mit sich bringt, spielen bei ihnen eine verhältnismäßig geringe Rolle; sie werden doppelt unruhig, wenn sie ihren Standpunkt nicht vor Gericht vertreten können, schließen leicht, man vernachlässige in böser Absicht oder aus schlechtem Gewissen, was das Gesetz zur Sicherung gegen ungerechtfertigte Angriffe auf die Selbständigkeit eines Mündigen vorsieht; der Anstalt wird, wenn Entmündigung des querulierenden Kranken nicht Platz greift, eine Verantwortung auferlegt, welche mit ihren eigentlichen Zwecken nichts zu tun hat; es wird das Vertrauen des Patienten zum Arzte weit mehr gestört, als dies durch die Abgabe eines zur Entmündigung führenden Gutachtens zu geschehen pflegt; aus dem widerstrebenden Handeln des nicht entmündigten Kranken können mancherlei Nachteile für ihn entstehen, mag der Anstaltsaufenthalt diese Gefahr auch wesentlich herabmindern.

e) Die Pflegschaft darf nicht zu einer tatsächlichen Vormundschaft werden; Beschwerden gegen eine Pflegschaft „für Person und Vermögen“ müssen Erfolg haben.

Bei der Eigenart der geistigen Krankheiten haben wir nicht nur die Gegenwart, sondern auch die Zukunft, nicht nur das gesundheitliche, sondern auch das soziale Wohl eines Patienten im Auge zu behalten; es entspricht dem eine Stellungnahme, welche darauf hinausgeht, daß alle einschneidenden Maßnahmen möglichst unterbleiben, solange nicht definitive Unselbständigkeit vorliegt; der Laie muß im allgemeinen in persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten die Gesamtheit seiner Angelegenheiten erblicken, und es ist bei der Mehrzahl unserer Kranken dieses auch unbedingt das tatsächliche Verhältnis; die Anordnung einer Pflegschaft für Person

und Vermögen wird manchen Kranken früher oder später als Rechtsbeugung imponieren müssen und damit unter Umständen auch gesundheitlichen Schaden bringen können.

f) Die Pflegschaft wird bei geschwundener Heilaussicht einer Vormundschaft Platz machen müssen, wenn wichtige Entscheidungen in Frage stehen, wenn insbesondere eine von dem Kranken bekämpfte dauernde Anstaltsverwahrung in Betracht kommt; Vermögenslosigkeit macht diese Forderung nicht hinfällig.

Die Berechtigung der Pflegschaftsanordnung auch bei Entmündigungsreifen wurzelt in Bedürfnissen, welche den im Grunde provisorischen Charakter dieser Pflegschaft ohne weiteres dartun; ihre Anordnung für Maßnahmen wie die dauernde Unterbringung in einer Anstalt steht mit ihrem innersten Wesen in Widerspruch. Vermögenslosigkeit kann selbstverständlich das Recht auf eine unter allen gesetzlichen Garantien zustande kommende Vertretung (und für die Kranken handelt es sich von unserem Standpunkt um ein Recht) nicht aufheben; ein Irrtum wäre es, zu meinen, daß mit der Aufnahme eines unheilbaren Kranken die Notwendigkeit einer von der Anstalt unabhängigen Vertretung ohne weiteres aufhörte.

Auf die übereinstimmenden, verwandten, gegensätzlichen Ansichten, welche von Medizinern, Juristen, Entscheidungsgerichten vertreten worden sind, verzichte ich einzugehen; unerörtert bleibe an dieser Stelle die Frage, ob tatsächlich nur ein Vormund die unfreiwillige Einweisung und Festhaltung soll bewirken können; nur hinweisen möchte ich darauf, daß sich die Verhältnisse hinsichtlich der Pflegschaft über entmündigungsreife Kranke bei familiärer Behandlung leicht etwas anders gestalten wie bei Anstaltsbehandlung (z. B.: erheblichere Bedeutung der an sich gebliebenen Geschäftsfähigkeit).

(Eingegangen im Mai 1912.)

Grundlinien einer zukünftigen rationellen Therapie der unorganischen Nervenkrankheiten.

Von Dr. med. *Ratner*, Nervenarzt zu Wiesbaden.

In meinem früheren Aufsatz in dieser Zeitschrift*) habe ich eine neue Definition der Neurosen zu geben versucht, indem ich sie als Ausfluß der mangelhaften Fähigkeit des Darmtraktus, das heterologe Eiweiß der eingeführten Nahrung homolog zu machen, hinzustellen suchte. Diese eigenartige Auffassung muß natürlich auch die Richtung in der bisherigen Therapie dieser Krankheit vom Grunde aus ändern — und sie von diesem Gesichtspunkte aus rationeller gestalten helfen. Das Tappen im Dunkeln, die Polypragmasie müssen endlich aufhören, um einer grundlegenden Therapia magna causae morbi Platz zu machen. Und zwar sind folgende Hauptpunkte — natürlich so lange wir kein wirksames Serum antanaphylacticum besitzen, welches die krankhaften Erscheinungen wie mit einem Zauberschlag verscheuchen würde — maßgebend, welche dabei zu berücksichtigen sind:

I. Möglichst wenig heterologes Eiweiß mit der Nahrung einzuführen suchen, um die Toxizität desselben aufs Minimum zu reduzieren.

II. Ein homologes Eiweiß oder wenigstens ein dem menschlichen Albumen möglichst nahekommendes Eiweißprodukt ausfindig zu machen, um es für die Ernährung Nervöser zu verwerten.

III. Die im Körper Neurotischer kreisenden, toxischen, heterologen Eiweißsubstanzen der eingenommenen Nahrung, welche das Heer der lästigen neurasthenischen Symptome hervorrufen, zur Ausscheidung zu bringen!

Es ist notwendig, daß ich die genannten Gesichtspunkte etwas näher beleuchte und zu denselben Stellung nehme, um Mißverständnissen zu begegnen.

Schon die These I würde auf Widerspruch stoßen, nachdem wir Nervenkranke durch Überernährung und reichliche Eiweißzufuhr in ihrem Kräftezustand zu heben bisher gewöhnt waren. Allein, da sich dies neben dem minimalen absolut notwendigen Eiweißquantum von etwa 100 g täglich durch reichliche Zufuhr von Kohlehydraten und Fetten, die bekanntlich beide eiweißsparend wirken, ebensogut erreichen läßt, so steht nichts im Wege, neben mäßigem Milchgenuß ein vorwiegend vegetabilisches Nahrungsregime einzuhalten.

Ad II ist zu bemerken, daß wir vorläufig, da exakte Versuche zurzeit darüber noch nicht gemacht sind, nur empirisch uns darüber orientieren können, indem die Erfahrung lehrt, daß Pflanzen-, Milch- und Kalbfleischeiweiß von Neurasthenikern besser als Käse-, Rind- und Hülsenfruchteiweiß vertragen und verdaut werden, woraus wir dann rückwärts schließen, daß ersteres vom Verdauungstraktus eher homolog

*) Siehe diese Wochenschrift, Nr. 28, 1912.

gemacht werde als letzteres. Aber erst die exakte Forschung müßte uns darüber belehren, welches Eiweiß dem Körpereiweiß am *nächsten homolog* sei; eventuell ließe sich ein solches Eiweißprodukt künstlich oder gar synthetisch darstellen, was natürlich dann als *idealstes* Nervennährmittel zu begrüßen wäre. Denn nicht wenige der bisherigen sogenannten künstlichen Nervennährmittel, welche unter hochtönenden Namen täglich wie die Pilze aus der Erde hervorschießen, sind doch nur Surrogate von sehr problematischer Wirkung — und höchstens dazu geeignet, die fetten Dividenden mancher Fabrikbesitzer noch reichlicher fließen zu lassen.

Ad III. Zur Bekämpfung der lästigen nervösen Symptome, welche, wie die vielköpfige lyrnäische Hydra, kaum scheinbar beseitigt, von neuem noch mächtiger und in anderer Gestalt das Haupt erheben und dem Arzt so viel zu schaffen machen, besitzen wir zwar das Heer der Nervina sowie die physikalischen Heilmethoden; allein diese Mittel, meist auf Empirie aufgebaut, lassen häufig im Stiche, und die so sehnsüchtig erwartete Wirkung bleibt ganz oder teilweise aus. Da wir aber wissen, daß all diese lästigen Krankheitserscheinungen nur auf *Eiweißintoxikation* beruhen, so müssen wir bei der arzneilichen Bekämpfung derselben methodisch verfahren, indem wir für die *Ausscheidung der Toxalbumine* Sorge tragen! *Also leichte Diaphoretica in Form von Einpackungen und kurzen Dampfbädern**) einerseits, andererseits nicht zu starke diuretische Mineralwässer, wie Wiesbadener Kochbrunnen, Fachinger Wasser oder Offenbacher Kaiser-Friedrich-Quelle. Die *Cephalalgie* sowie *Agrypnie* pflegen unter vielen anderen Symptomen dabei zu verschwinden, ebenso die leichte Ermüdbarkeit, weil die causa morbi — das toxische Albumin — zum Verschwinden gebracht wird. Jedenfalls sind diese Maßnahmen *rationeller* als all die Verordnung mancher Nervina und Hypnotika, welche doch nur eine *momentane* Wirkung hervorrufen und nur eine Verkleisterung des Zustandes für den Augenblick darstellen. Wenn jemand ein schmutziges Gesicht hat, so tut er viel vernünftiger daran, sich dasselbe gründlich zu waschen, statt es mit Schminke und Puder zu verkleistern, um seinem Nebenmenschen weiß zu machen, er sei sauber.**)

*) Vielleicht sollen auch die von *Determann* jüngst inaugurierten kurzen *heißen* Tauchbäder dasselbe bewirken.

**) Die bisher üblichen *kalten* Prozeduren bei Nervenleiden sind gar nicht am Platze. Denn die von ihnen erwartete „Abhärtung" ist nur eine Selbsttäuschung — und bewirkt nicht selten das Gegenteil der Erwartung. Dagegen sind Ziehens hydropathische *heiße* Packungen (30 g Staßfurter Salz auf 10 l H_2O 35° C) als *sehr rationelles* Beruhigungsmittel anzusehen. Allerdings müssen wir nach *unserer Theorie* in denselben eine *kräftige* Ausscheidungsprozedur für die *Eiweißtoxine* als Ursache der Neurosen oder Psychosen in letzter Linie erblicken. Die sogenannte *Psychotherapie* sollte da gar *nicht* in Betracht kommen. Es verhält sich mit dieser ebenso, wie wenn man einem schreienden hungrigen Säugling eine schöne Opernarie vorsingen wollte, um ihn zu beruhigen. Der Neurastheniker seufzt unter der Last des heterologen Eiweiß — und da sollte man ihm mit dem suggestiven Kram Erleichterung zu bringen glauben? Dagegen scheint die Vorschrift Ziehens bei seiner oben erwähnten Packung: „*oben und unten dicht* abschließen" sehr *beherzigenswert*, um dadurch die zur Ausscheidung notwendige Stauungswärme zu vermehren!

Noch ein Wort über die so häufige Appetitlosigkeit Nervöser.

Dieselbe ist nicht etwa allein durch die Erschlaffung der Magennerven hervorgerufen, sondern *stellt ein Schutzmittel der Natur dar, damit der Nervenkranke kein großes Verlangen nach eiweißhaltiger Nahrung hat* — und auf Fleisch- und Milchnahrung bezieht sich ja hauptsächlich die Appetitlosigkeit — und seinen Zustand durch die Toxine der Nahrung noch verschlimmere. Ebenso wie die Temperatursteigerung bei akuten Infektionskrankheiten ein Abwehrmittel gegen die eingedrungenen Mikroorganismen und ihre Toxine darstellt, ebenso ist der Appetitmangel bei Neurasthenikern ein Warnungssignal. Aber ebenso wie wir die *gefährliche Hyperpyrese* zuweilen bekämpfen müssen, damit der Organismus durch das Zuviel dieses Schutzmittels nicht Schaden nehme, ebenso müssen wir der allzu großen Appetitlosigkeit Nervöser, um sie vor Inanition zu bewahren, zuweilen durch HCl-Gaben oder Amara begegnen; andererseits aber, indem wir ihnen sorgfältig und schmackhaft zubereitetes *Gemüse*, sowie *Milchspeisen und frische Früchte* verabreichen, damit sie, um das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten, oder gar den Teufel durch Beelzebub nicht auszutreiben, an *eiweißarmer* Nahrung ihrem Nahrungsbedürfnis Genüge tun und, ohne ihren *nervösen Zustand zu verschlimmern*, sich bei gutem Kräftezustand zu erhalten vermögen.*)

*) Allerdings gibt es einen sog. nervösen Hunger (bulimia nervosa), den wir vorläufig als reine Magenneurose ansehen müssen. Allein ich hatte in der letzten Zeit die Genugtuung, daß gerade dieser Zustand die *Richtigkeit meiner Theorie* bestätigte. Ein an sehr *quälendem, fortwährendem* nervösen Hunger leidender Patient, bei welchem keine Heilmethode scheinbar anschlagen wollte, erklärte mir aus *freien Stücken*, daß er sich nur nach einem *russischen Dampfbad* für einige Stunden wohl und beschwerdefrei fühle!

Referate.

— Lilienstein, Über Irrenanstalten im Orient und in Australien. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XXVIII.

Gute Verhältnisse im Irrenwesen sah Verfasser dort, wo europäische Kultur Eingang gefunden, z. B. in Kairo.

Mohammeds Abstinenzverbot wird in Ägypten nicht mehr strikte innegehalten, was sich auch in der Aufnahme von Trinkern in die Irrenanstalten dokumentiert. Für den Europäer neu sind die Erkrankungen an Pellagra mit fortschreitender Demenz und diejenigen nach Haschisch- und Opiumgenuß, die ganz unseren verschiedenen Bildern bei Trunksucht entsprechen.

Japan steht in der Psychiatrie unter deutschem Einfluß und weist durchaus moderne Verhältnisse auf.

Australien besitzt zwar gute, aber zu wenige und zu große Anstalten (1000 Insassen), auch wird auf Beschäftigung Wert gelegt, z. B. in Sidney.

Als besonderen Vorzug muß man erwähnen, daß die Kranken des Cellan Park Asylum nach ihrer Entlassung von den Angehörigen regelmäßig zur ärztlichen Nachuntersuchung gebracht werden müssen, anderenfalls Konventionalstrafen erfolgen.

Weniger war Verfasser von Ceylon und Singapore befriedigt, wo mehr Zwangs- als Heilanstalten zu bestehen scheinen. Kürbitz-Sonnenstein.

— Löwy, „Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beachtungswahn aus dem Gefühle subjektiver unbestimmter Unruhe oder unbestimmter Angst (drohendem Unheil), unbestimmter Erwartung und aus dem Gefühle allgemein erhöhter Importanz der Eindrücke". Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1911, Bd. V, Heft 4.

25jähriger Lehrer mit neurasthenischer Konstitution erkrankt nach starkem Rauchexzeß an kongestiven Unruheanfällen, während deren diffuser Beachtungswahn besteht, dieser geht allmählich in einen zirkumskripten, dirigierten über, der schließlich sogar außerhalb der Unruhezustände bleibt.

Nach Rauchentziehung allmählich völliger Rückgang. Nach dieser interessanten Krankengeschichte berichtet Verf. dann noch über mehrere Fälle neuropathischer Persönlichkeiten mit mannigfachen Angst- und Erwartungsgefühlen und diffusem Beachtungswahn. Kürbitz-Sonnenstein.

— Enge, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Eine zusammenfassende Literaturstudie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse. 1912, Bd. IV, Heft 6.

Eine sorgfältige und ausführliche Zusammenstellung aller bisherigen therapeutischen Versuche bei der Paralyse gibt uns Verf. in obiger Arbeit. Die verschiedensten Methoden aus alter und neuerer Zeit werden eingehend geschildert und ihre Ergebnisse kritisch besprochen; das beigefügte Literaturverzeichnis ermöglicht es, sich im einzelnen des Genaueren zu informieren.

Da die Paralysebehandlung noch keineswegs von der Tagesordnung geschwunden ist, vielmehr augenblicklich noch im Mittelpunkt des Interesses steht, so wird vielen Fachgenossen des Verf. Sammelreferat sehr willkommen sein, und deshalb sei an dieser Stelle noch besonders darauf hingewiesen.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Jahresbericht über die Königl. psychiatrische Klinik in München für 1908 und 1909. Verlag Lehmann, München, 1911. 187 Seiten. 3,60 M.

Die Mitteilungen der Kraepelinschen Klinik für die Jahre 1908 und 1909 enthalten sowohl im Dienstbericht, als auch im klinischen Teil mancherlei Neues.

Zu erwähnen ist einmal, daß jetzt auch Untersuchungsgefangene in die Klinik Aufnahme finden können, was bis 1908 noch nicht möglich war; einige Fälle werden genauer besprochen, auch erfahren wir etwas über das Schicksal der Verurteilten in der Haft und nach der Entlassung. Aus dem speziell klinischen Abschnitt verdient Beachtung die Tatsache, daß das manisch-depressive Irresein zugenommen, und zwar auf Kosten der Dem. praecox; großer Wert wurde dabei den katamnestischen Erhebungen beigelegt. Auffallend war ein stetes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes und eine große erbliche Belastung.

Bei Besprechung der Alkohol-Psychosen wird mit Recht betont, daß eine Schädlichkeit allein niemals als einzige Ursache für eine bestimmte Krankheit angesehen werden darf.

Auch die anderen Krankheitsbilder finden ihre entsprechende Würdigung und der Bericht schließt dann u. a. mit den Ergebnissen der mikroskopischen Untersuchung, wobei Alzheimer auf die große Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder bei Hirnlues besonders hinweist, infolge des verschiedenen Sitzes des Prozesses. Kürbitz-Sonnenstein.

— Ebbinghaus, Hermann. Abriß der Psychologie. 4. Aufl., durchgesehen von Prof. Dürr-Bern. Verl. Veit & Co., Leipzig 1912. 208 S.

In vierter Auflage erscheint bereits das bekannte Buch des verstorbenen Ebbinghaus nach einer Bearbeitung von Prof. Dürr in Bern.

Nach einer interessanten, kurzen Einleitung über die Geschichte der Psychologie hören wir zuerst allgemeine Anschauungen über Gehirn und Seele, über den Bau des Nervensystems und dessen Beziehung zum Seelenleben und über das Wesen der Seele.

Daran schließen sich die einfachsten Bestandteile des Seelenlebens, die Empfindungen, die Gefühle usw. an, sodann folgen in knapper, klarer Darstellung Kapitel über Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Ermüdung.

Detailliert ist das gesamte Vorstellungsleben, das Fühlen und Handeln des Menschen wiedergegeben, den Beschluß bilden Ausführungen über Religion, Kunst und Sittlichkeit.

Mit besonderem Interesse wird speziell der Psychiater die Auseinandersetzungen über den Ablauf von Handlungen und über das freie Handeln lesen, ferner auch das Kapitel über Denken und Erkennen.

Eine klare und präzise Darstellungsweise, ausgeschmückt mit zahlreichen, treffenden Beispielen, durchzieht das gesamte Buch, dem auch in seiner neuen Auflage gewiß wieder viele Freunde erstehen werden. Kürbitz-Sonnenstein.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Aufsatz von Dr. Starlinger über „Betriebskosten und Anstaltsgröße" in Nr. 33 muß es heißen: auf S. 384, Punkt 4 statt 1000 ha: **100 ha**; S. 389, 14. Zeile von unten in der ersten Spalte statt 334 755: **534 755.**

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Bekanntmachung.

Der nachstehend Abgebildete, der sich den Namen Karoni, Josef, geb. 6. 10. 1894 in Vegesack, beilegt, wird seit dem 11. September 1912 im St. Jürgen-Asyl zu Ellen-Bremen auf Veranlassung des Bremischen Amtes Bremerhaven verpflegt. Eine Tätowierung weist auf den Namen Kawzek hin. Die von dem taubstummen Kranken gemachten Angaben über seine persönlichen Verhältnisse haben sich als unrichtig herausgestellt. Der ca. 17—18jährige junge Mann ist angeboren schwachsinnig.

Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken dienen können, an das Amt Bremerhaven oder an die Direktion der genannten Anstalt gelangen zu lassen.



Stellengesuche.

An der ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt **Allenberg** bei Wehlau ist die Stelle eines

Anstaltsarztes

zu besetzen.

Gehalt 3600 bis 6600 M., steigend von 3 zu 3 Jahren um 600 M., Höchstgehalt nach 15 Jahren, neben freier Dienstwohnung. Bei befriedigender Dienstführung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung. Anderweitig zugebrachte Dienstzeit oder praktische Beschäftigung kann auf das Ruhegehalts- und Besoldungsdienstalter in angemessenem Umfang angerechnet werden.

Meldungen mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf sind zu richten an den Direktor Sanitätsrat Dr. **Dubbers.**

An der **Provinzial-Heilanstalt Lauenburg** in Pom. ist sogleich eine

Assistenzarztstelle

evtl. auch eine

Oberarztstelle

zu besetzen. Anstellungsbedingungen a) für Assistenzärzte: 1800 bis 3000 M. bei völlig freier Station, bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung als Oberarzt. b) für Oberärzte: 3600—7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Garten, Arznei.

Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen nicht vor 1. Juli 1909 approbierter Ärzte an die Anstaltsdirektion.

An der **Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Landsberg** a. W. ist sofort oder zum 1. Januar 1913 die Stelle eines unverheirateten

Assistenzarztes

zu besetzen bei 1800—1900 Mark Anfangsgehalt, freie Wohnung und Station I. Klasse. Aufrücken zum Anstaltsarzt nach einjähriger psychiatrischer Tätigkeit, von der 6 Monate im Brandenburgischen Provinzial-Anstaltsdienste zugebracht sein müssen, und nach Ablegung der Doktorprüfung, Gehalt dann 3600—4800 Mark, alle 3 Jahre um 400 M. steigend. Beförderung zum Oberarzt spätestens nach dem 7. Dienstjahre in Aussicht mit einem Gehalt von 4600 bis 6600 M. bezw. 7200 M., alle 3 Jahre um 500 M. steigend. Bewerbungen an den Direktor der Landesirrenanstalt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. 7. Dezember **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Ein krimineller Fall vom klinischen und gerichtspsychiatrischen Gesichtspunkte betrachtet.

Von Dr. *Georg Eisath*, Hall (Tirol).

Es wird zwar über verschiedene Vorkommnisse in den Anstalten viel in den Tagesblättern geschrieben und viel in den wissenschaftlichen Zeitschriften mitgeteilt, aber gleichwohl erleben wir in den öffentlichen Irrenanstalten viele wichtige, viele außerordentlich unangenehme Dinge, welche im gleichen Augenblicke erlebt werden und im selben Lidschlag bereits der Vergessenheit anheimfallen. Die Unannehmlichkeiten, zumal jene, welche von seiten verbrecherischer Patienten über unsere Anstalten gebracht werden, wiederholen sich so häufig, daß wir zumeist gleichgültig daran vorübergehen. Wir sind bereits sehr unempfindsam geworden. Aber es ist nicht gut, über alle Vorkommnisse Schweigen zu beobachten; in gewissen Fällen ist es sowohl für die Ärzte wie für die Anstalten und für die breite Öffentlichkeit ein Gebot der Notwendigkeit, zu reden.

Im folgenden soll ein Fall mitgeteilt werden, der sowohl hinsichtlich der klinischen Differential-Diagnose wie auch in betreff der gerichts-psychiatrischen Begutachtung ein größeres Interesse beansprucht und für die Entwicklung des Anstaltswesens außerordentlich wichtig und lehrreich ist.

Es handelt sich um ein Dienstmädchen mit Namen Berta Schöpf, welches im Jahre 1884 zu Wolfurt bei Bregenz in Vorarlberg geboren wurde und in Tschengels-Vintschgau heimatsberechtigt war. In der Familie sind mehrfach Geisteskrankheiten beobachtet worden. Des Vaters Brüder waren geistesgestört und ein leiblicher Bruder des Mädchens ist ein moralisch minderwertiges Individuum. Als sie ein Kind mit kaum drei Jahren war, waren beide Eltern gestorben. Sie besuchte erstlich die heimatliche Dorf- und später eine Klosterschule und kam dann zu Verwandten, welche über das abnorm geartete Kind unsinnige und verständnislose Strenge walten ließen. Mit der strengsten Zucht und mit den schwersten Hieben war man nicht imstande, den Trotz und die Widersetzlichkeit des Mädchens zu brechen. Mit solcher Art der Erziehung wurde viel mehr geschadet als genützt. Die Erziehung mißlang vollends. Das Mädchen blieb nicht mehr bei seinen Verwandten, sondern begab sich mit 14 Jahren in die Fremde. Aber auch dort konnte es sich nicht zurecht finden; es kam nie zu einer regelmäßigen und ständigen Arbeit und war nie imstande, sich selbst das Brot ehrlich und redlich zu verdienen.

In den folgenden paar Jahren, während welcher sich Schöpf in der Fremde herumtrieb, gab sie sich der Wanderlust und der Landstreicherei hin, lebte vom Bettel, Diebstahl und Betrug, zuzeiten auch von der Prostitution. Zur Abwechslung saß sie auch in der Strafhaft. Besondere Charakterzüge des Mädchens waren Reizbarkeit und Zornmut, welch letztere wiederholte Gewalttätigkeiten mit der Sicherheits-Behörde zur Folge hatten. Wenn Schöpf sich in der Haftzelle befand, kamen auch Anwandlungen von gedrückter Stimmung, wobei sie mehr aus Sensationssucht als aus Lebensüberdruß an sich selbst Hand anzulegen versuchte. Mit 17 Jahren schon wurde sie der Beobachtung halber an die psychiatrische Klinik in München aufgenommen. Nach der dortigen Krankengeschichte war es nicht ganz klar, ob es sich um einen Fall von Imbezillität oder um Hysterie handelt.

Ehe das Mädchen nach München entfloh, hatte dasselbe in Bregenz verschiedene Diebstähle und Betrügereien verübt und wurde deshalb gerichtlich verfolgt. Aus diesem Grunde mußte Schöpf von München aus dem Gerichte überstellt werden. Während sie zu Bregenz in Haft war, machte sie einen Versuch, sich durch Erhängen das Leben zu nehmen und wurde deshalb in unsere Anstalt in Hall eingeliefert. Sie kam am 11. August 1902 im Alter von 18 Jahren zur ersten Aufnahme.

Der damalige Befund war folgender:

Bei der ersten Unterredung war die Kranke ganz freundlich, aber sehr kurz angebunden; die Standesliste wurde zutreffend angegeben. Die Kranke war geordnet und machte über Zeit und Ort sachgemäße Aussagen. Um die Vorgeschichte zu ermitteln, bedurfte es mühsamer und wiederholter Unterredungen; denn die Aussagen waren vielfach nicht übereinstimmend und es mußte erst eine Sichtung des Wahren vom Falschen vorgenommen werden. Über gewisse Erlebnisse, die ihr kriminelles Vorleben betrafen, wollte die Kranke überhaupt keine Aussagen machen. Auf diesfällige Fragen pflegte das Mädchen in lakonischer Weise zu antworten: „Das weiß ich nicht —, das kümmert Sie nicht —“, oder „das sag ich nicht“. Den Wärterinnen gegenüber machte sie die Äußerung, daß es besser ist, den Richtern und Ärzten gegenüber nichts auszusagen denn wenn sie zu viel aussagen würde, könnte es der Fall sein, daß sie nicht weiter hier bleiben darf, sondern ins Gefängnis gehen müßte. Trübungen des Bewußtseins wurden in der Anstalt selbst bei monate langen Beobachtungen nicht wahrgenommen.

Die Beurteilung der Umgebung, sowie des Vorlebens, sowie auch der strafbaren Handlungen geschah im ganzen richtig und zutreffend. Allerdings muß bemerkt werden, daß Schöpf, zumal gegenüber ihren kriminellen Taten, ein schwankendes und wechselndes Urteil zeigte. Einmal setzt sie sich mit kühlem Zynismus darüber hinweg, kurze Zeit darauf hingegen empfindet sie Scham und Reue und bricht in Tränen aus. Über die Verwerflichkeit der lügenhaften Aussagen fehlen jegliche moralische Empfindungen. Eine Lüge nach der anderen wird herausgesagt, Tatsachen werden verdreht und entstellt. Das Mädchen besitzt eine unübertreffliche Meisterhaftigkeit im Lügen und Entstellen und versteht es wie kaum jemand, einen an der Nase zu führen.

Das Erinnerungsvermögen und die Merkfähigkeit sind vollends unversehrt. Sowohl die Erlebnisse der Jugendzeit, als auch die der jüngeren Vergangenheit, sowie auch die Vorkommnisse in der Anstalt leben ungetrübt in ihrem Gedächtnis fort und werden im richtigen logischen Zusammenhang wiedergegeben. Als einmal der Arzt ihr irrtümlicherweise ein Vergehen vorhielt, dessen sie nicht schuldig war, wies sie die Behauptungen ruhig, aber entschieden zurück und brachte auch überzeugende Gegenbeweise vor.

Was die Stimmung des Gemütes anlangt, wäre hervorzuheben, daß Schöpf manchmal heiter und lustig war, übermütig herumsprang, viel schwätzte und lachte und sich häufig bei Musik und Tanz gut unterhielt. Sie konnte für gewisse Zeiten ganz auf ihre trübe Vergangenheit und auf ihre aussichtslose Zukunft vergessen. Manchmal jedoch, besonders wenn die Kranke über ihr Schicksal nachdachte, kamen depressive Verstimmungen über sie; dann begann sie plötzlich zu weinen, äußerte die Ansicht, daß ihr Leben doch nichts mehr wert sei, es wäre besser, sich ein Ende zu machen. Versuchte dann und wann auch, sich zu erdrosseln, und nachdem man sie daran hinderte, meinte sie, man hätte sie überhaupt auch früher nie vom Selbstmord abhalten sollen; es werde ihr doch einmal gelingen, sich das Leben zu nehmen. Außerdem war sie überaus reizbar und zimpferlich. Als sie einmal von einer Wärterin wegen des vielen Schwätzens „Schnabel“ genannt wurde, geriet Schöpf in eine raserische Aufregung, gebärdete sich ganz toll und erklärte: „Das lasse ich mir nicht gefallen, ich lasse mich hier nicht so behandeln wie die anderen „Narren“, ich lasse mir keinen Namen geben, ich werde die Pflegerin schon auszahlen, ich weiß schon, was tun. Wenn man jemand mit aller Gewalt an den Bauch rennt, kann man sein Lebtag genug haben.“ Dem Arzt sagte sie: „Wenn Sie mich nicht von dieser Abteilung geben, werde ich Ihnen was aufführen, daß Sie mich gern dem Gericht überstellen.“

Von Sinnestäuschungen ist nichts wahrzunehmen. Weder äußerte Schöpf solche, noch beobachteten das Wachpersonal und die Ärzte irgendwelche Zeichen, die auf das Vorhandensein von Halluzinationen deuten würden.

Das Benehmen war ungezwungen, die Sprache in keinerlei Weise gestört, das Tun und Handeln von richtigem und ungekünsteltem Ebenmaß. Der Schlaf war gut, Nahrungsaufnahme regelrecht. Das Mädchen hielt sich in jeder Hinsicht ordentlich und rein.

Körperbau klein, gedrungen, mäßig kräftig, Ernährungszustand gut; gesundes Aussehen. Kopf klein (Längs-Durchmesser $17^1/_2$, die beiden queren Durch-

messer 14 und 12 cm), sonst regelmäßig gebaut. Stirne steil, Nasenrücken etwas eingesattelt; beide Gesichtshälften gleich gespannt; Augenbewegungen ungestört, Pupillen gleich groß, mäßig weit, auf alle Reize gut beweglich; Gaumen schmal und hoch; die gerade vorgestreckte Zunge zittert nicht; alle inneren Brust- und Bauchorgane gesund; keine Lähmungen, keine Störungen der Reflexe; die Hautempfindung unversehrt.

20. August 1902: Sehr unverträglich mit der Umgebung, macht besonders den Wärterinnen Schwierigkeiten, behauptet, selbst gesehen zu haben, daß die Pflegerinnen die Kranken schlagen, mißhandeln und ihnen die Haare ausreißen. Es war nicht möglich, sachliche Wahrnehmungen in diesem Belang zu machen.

Am folgenden Tage sehr schlecht gelaunt, geht mit erhobenem Stuhl auf Mitkranke los und bedroht die Wärterin mit Gewalttätigkeiten. Sperrt sich in den Abort, geht auf wiederholtes Geheiß nicht heraus und als man sie herausholt, beginnt sie zu schmähen und in roher Weise an die Türe zu poltern.

22. VIII. 1902: Erscheint ein Richter, um das Mädchen in Verhör zu nehmen. Schöpf beginnt zu schmähen und zu zanken, behauptet, es sei eine Verleumdung, daß sie vorbestraft ist. Beschimpft im allgemeinen die Richter als Huren-Bande, von welcher sie zum Äußersten, d. h. zum Selbstmord getrieben und schließlich ins Narrenhaus gebracht wurde. Verlästert auch die Gerichts-Kommission als Huren-Bande und Teufel, verweigert jede weitere Aussage, poltert und schimpft derart, daß die Vernehmung abgebrochen werden muß.

Nachdem sie dem Richter gegenüber versichert hatte, sie sei nie vorbestraft gewesen, äußerte sie nachher der Wärterin gegenüber die Überraschung, daß nun auch hier ihr Vorleben schon bekannt geworden sei. Weiter drohte sie: „Wenn der Richter noch einmal kommt, gehe ich ihn an, es ist besser, er läßt sich nicht mehr sehen."

Nachdem der Richter auf diese Weise abgefertigt worden war, wurde ein ärztliches Gutachten verlangt, welches die Anstaltsärzte über den Geisteszustand der Schöpf und deren Zurechnungsfähigkeit betreffs ihrer strafbaren Handlungen (Diebstahl, Betrug und Gewalttätigkeiten) abgeben sollten. Dem Wunsche des Gerichtes wurde insoweit entsprochen, als man ein umfangreiches Gutachten abgab, in welchem die Kranke mit angeborenem Schwachsinn, also mit Imbezillität behaftet, angesehen wurde. Hinsichtlich ihrer kriminellen Handlungen wurde auf verminderte Zurechnungsfähigkeit wegen Schwäche des Verstandes erkannt.

Schöpf mußte auf dieses Gutachten hin dem Gerichte überstellt werden. Am 11. Januar 1903 wurde das Mädchen nach Bregenz gebracht, wo es im Gefängnis wieder durch einen Selbstmordversuch die Richter in Schrecken setzte. Diese waren mit dem abgegebenen Gutachten überhaupt nur hinsichtlich des ersten Teiles, der die Untersuchte für schwachsinnig erklärte, zufrieden; der andere Teil des Gutachtens, welcher der Verhafteten eine verminderte Zurechnungsfähigkeit zusprach, war den Richtern, wie wir ja alle aus Erfahrung wissen, nicht ganz angenehm. Deshalb wandte sich das Gericht neuerlich an die Sachverständigen und stellte die Frage, ob sie jetzt nach dem neuerlichen Selbstmordversuch noch an der verminderten Zurechnungsfähigkeit festhalten. Diese Anfrage wurde im bejahenden Sinne erwidert.

Der Richter verlangt nämlich mit Vorliebe ein Gutachten, das entweder ja oder nein sagt, und, wenn sich einzelne Sachverständige nicht unter das Joch dieses „Entweder-Oder" beugen, dann heißt es gleich: mit solchen Begutachtern ist nicht viel zu machen. Die Richter werten das abgegebene Gutachten viel weniger nach dem wissenschaftlichen Wert und nach der Sachlichkeit der Beweisführung, als nach jenen bestimmten Formen des Schlußsatzes, welcher eine bequeme Rechtsprechung ermöglicht.

Wenn uns Anstaltsärzten durch die Abgabe eines Gutachtens, das nicht ganz dem Wunsche des Richters entspricht, auch keine Vorteile gebracht wurden, wenn man auch an uns zu tadeln wußte, daß wir dem richterlichen Geschmack viel zu wenig Rechnung tragen, so sind wir doch überzeugt, nach Recht und Gerechtigkeit begutachtet zu haben. Wo bliebe der Fortschritt in der Entwicklung des Strafverfahrens, wenn man in solchen Fällen lediglich auf die Bequemlichkeit der Rechtsprechung Rücksicht nehmen würde? — Es ist nicht zum geringsten Teile durch wiederholte Begutachtungen auf verminderte Zurechnungsfähigkeit soweit gekommen, daß die neuen Vorlagen für Strafgesetzbücher sowohl in Deutschland, als in Österreich, als auch in der Schweiz einer verminderten Zurechnungsfähigkeit Rechnung tragen.

Schöpf wurde, wie oben erwähnt, dem Gerichte in Bregenz überstellt. Dort wurde sie gemäß Zuerkennung der verminderten Zurechnungsfähigkeit abgeurteilt und zur Verbüßung der Strafe in Haft gehalten.

Nachdem sie die Freiheit wieder erlangt hatte,

begann wieder das Wanderleben. Sie lebte wie früher von Bettel, Diebstahl und gewerbsmäßiger Unzucht. Im Jahre 1904 hielt sie sich in Innsbruck auf, wo sie von der städtischen Polizei-Behörde nicht weniger als 27 mal amtlich behandelt werden mußte. Selbstverständlich bekam sie auch mit dem Gericht in Innsbruck zu tun, wo sie sich wegen verschiedener Vergehungen und Übertretungen zu verantworten hatte.

Nun wurde ohne Rücksicht auf das frühere Gutachten der Anstaltsärzte und, wie aus den Akten hervorgeht, auch ohne Kenntnis desselben eine andere Begutachtung von einem Sachverständigen, der nicht Fachmann ist, verlangt.

Dieses zweite Gutachten sah nun freilich ganz anders aus als jenes, welches von den Anstaltsärzten 1½ Jahr früher abgegeben worden war. Während das erste Mal auf Imbezillität mit verminderter Zurechnungsfähigkeit erkannt worden war, lautete diesmal die Diagnose auf Epilepsie, auf volle Unzurechnungsfähigkeit und selbstverständlich auf die Notwendigkeit der Verbringung in eine Heilanstalt.

Die Diagnose auf Epilepsie findet im Gutachten folgende Begründung: „Die Untersuchte bietet eine Reihe krankhafter Züge, welche schon von frühester Kindheit an bestehen und mutmaßlich auf einer krankhaften Anlage des Gehirnes beruhen. In diesem Sinne sind zu deuten: die öfter im Monat aufgetretenen Anfälle von Übelsein mit Aufhebung des Bewußtseins, das heimliche Entweichen aus dem Hause ihrer Wohltäter, die Neigung zu häufigem Wechsel der Dienstplätze. Die gelegentlichen Sinnestäuschungen und die Zufälle aufgehobenen Bewußtseins mit Angabe von „Doppelsehen" tragen das Gepräge von epileptischen Anfällen. Die Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Gesichtes (Sehen von feurigen Kugeln und Regenbogenfarben, Herunterfallen feuriger Besen vom Himmel, Sehen blutiger Köpfe) sind weitere Zeichen der Epilepsie. Die Berichte über gelegentliches Selbst-Stellen bei der Polizei, ohne nachträgliche Kenntnis davon, sind durch die Änderung des Bewußtseins als epileptische Dämmerzustände ungezwungen zu deuten. Auch noch in der letzten Zeit bestehen bei der Untersuchten Sinnestäuschungen. Diese leidet an Zufällen höchster zornmütiger Erregbarkeit mit Störungen des Bewußtseins."

Die Zusammenfassung des Gutachtens geschah in folgender Weise:

„1. Schöpf leidet an epileptischer Geistesstörung, sie ist geisteskrank.

2. Die ihr zur Last gelegte inkriminierte Handlung ist ein unmittelbarer Ausfluß dieser Geistesstörung.

3. Sie befand sich zur Zeit der Begehung der ihr zur Last gelegten Handlung in einem Zustand, wo sie des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt war.

4. Sie gehört in eine Heilanstalt und bedarf andauernder ärztlicher Pflege."

Diese Begutachtung erfolgte am 4. August des Jahres 1904 und am 5. August desselben Jahres, also einen Tag später, brachte man Schöpf bereits zur „andauernden Pflege" in die Anstalt. Auch in diesem Fall wurde, wie bei hundert anderen kriminellen Personen, ein Gutachten abgegeben, welches ganz gegen die bessere Überzeugung der Anstaltsärzte lautete. Während diese ihr Gutachten erst abgaben, nachdem sie das Mädchen mehrere Monate beobachtet hatten, begnügte sich der Sachverständige, welcher das zweite und entscheidende Gutachten abgab, mit ein paar längeren Besuchen in der Haftzelle. Die Anstaltsärzte hatten die Lügenhaftigkeit der Untersuchten durchschaut und deren Äußerungen auf Wahrheit und Verläßlichkeit geprüft. Daß dies auch bei der zweiten Begutachtung beobachtet worden wäre, kann aus dem Wortlaut des Gutachtens nirgends ersehen werden. Aber das zweite Gutachten hatte einmal den Vorzug, daß es, wenn auch oberflächlich und seicht, so doch nach dem Geschmack des Richters abgefaßt war. Es erklärt bündig die Unzurechnungsfähigkeit und fordert die Verbringung in eine Heilanstalt zur „andauernden Behandlung".

Der richterliche Sachverständige hatte über die Anstaltsärzte, über das Wartpersonal und über die in der Anstalt untergebrachten Kranken ein grausames Schicksal verhängt. Die Anstalt war nun verurteilt, das verbrecherische Mädchen aufzunehmen und dasselbe als einen schädlichen und quälenden Fremdkörper im eigenen Fleisch zu dulden.

Bereits einige Tage nach der Aufnahme am 19. August begann das Nörgeln. Eine Mitkranke, welche mit Nähen beschäftigt war, hatte eine andere Kranke mit der Nadel gestochen. Das beanstandete Schöpf und behauptete, in der Anstalt fehle es an der nötigen Aufsicht und Vorsicht. Der Arzt soll nach dieser Richtung seine Pflicht tun. Da es vor ein paar Tagen auf der Abteilung eine Rauferei gab, lockte Schöpf eine daran beteiligte Patientin in den Vorraum des Abortes, nahm eine Untersuchung vor und fand, daß sie blaue Flecken besaß. In ärgerlich gereiztem Tone hielt sie dem Arzt vor, daß er seiner Pflicht nicht nachkomme; die blauen Flecken

seien sachgemäß zu behandeln. Hier bleibe sie nicht lange und wenn sie nicht bald wegkomme, dann werde sie sich aufhängen. Sie sei nicht imstande, da zu bleiben und machtlos zuzusehen, daß die Kranken wie in einer Tierbändiger-Anstalt behandelt werden; das könne sie nicht aushalten; sie wolle weg. Diese Mißwirtschaft könne sie nicht länger anschauen. Bemängelt, daß in der Anstalt andere Kranke, welche sich aufgeregt benehmen, nicht gestraft werden. Hält einzelne Kranke für sehr gefährlich und bösartig und fordert, daß dieselben entweder entlassen oder der Bestrafung zugeführt werden.

Kein Tag verging ruhig und ohne Störung. Schöpf sorgte für Abwechslung. Es gab unablässig Streit und Zank und Hetzereien, Zwischenträgereien, wohldurchdachte Ränke und rohe Gewalttätigkeiten. Häufig benahm sie sich derartig wild und zornig und vollführte heimliche, tückische Überfälle und Roheiten, so daß das weibliche Wachpersonal beständig in Schrecken und Angst lebte und vor Furcht zitterte. Wiederholt mußten Wärter von der Männer-Abteilung kommen, um den Pflegerinnen behilflich zu sein. Viele Wärterinnen forderten, man möge sie doch von der Abteilung, auf welcher sich die Kriminelle befand, weggeben und anderswo zuteilen und erklärten, wenn das nicht möglich sei, würden sie den Dienst kündigen usw.

Immerfort liefen Klagen von seiten der Mitkranken ein, aber bezeichnenderweise wagte es niemand, in Gegenwart der Schöpf dem Arzt etwas zu sagen, aus Furcht, dafür gezüchtigt zu werden.

Um einen Begriff zu bekommen, in welch hinterlistiger Weise sie den Ärzten das oben erwähnte Wohlwollen für Mitkranke vorheuchelte, sei folgendes angeführt:

Am 22. Oktober 1904 baten zwei Patientinnen den Arzt um eine geheime Unterredung. Dabei teilten sie mit, daß Schöpf immer wieder die Kranken in gewalttätiger Weise mißhandelt. Mit größter Rücksichtslosigkeit erteilt sie anderen, oft ganz schwachsinnigen Kranken in frecher Weise Befehle; kommen diese Aufträge nicht zur Ausführung, so werden die Kranken gestoßen und geschlagen und gekratzt und an den Haaren gezogen. Selbst das Wachpersonal wird von der Kriminellen derart eingeschüchtert, daß die Wärterinnen, wie sich nachträglich herausstellte, aus Furcht, Schöpf könnte noch größere Schwierigkeiten machen oder gewalttätige Züchtigungen vornehmen, nicht alle Vorfälle den Ärzten meldeten. Schließlich meinten die beiden Patientinnen, deren einer von Schöpf ein Auge blau geschlagen worden war, es werden doch alle Kranken hier im Hause ein Recht auf Schutz vor Mißhandlungen haben; das gehe doch nicht an, daß eine Kranke tun kann, was sie will, während man von allen anderen verlangt, daß sie Ruhe und Ordnung halten.

Das Mädchen drängte sehr hinaus und gab alle heiligen Versprechungen ab. Wir Anstalts-Psychiater hatten ein Gefühl der Menschlichkeit für die uns anvertrauten, bedauerlichen Geisteskranken und für die in unserer Anstalt dienenden Pflegerinnen, und deshalb wurde ein letzter Versuch gemacht und mit Erlaubnis der Behörden die Kranke der Gemeinde übergeben. Das war am 24. Oktober des Jahres 1904.

Allein es ging nicht lange. Schöpf mißbrauchte die Freiheit in der früher beschriebenen Weise, sie wanderte herum, machte Schwindeleien und Betrügereien, ergab sich neuerlich der Prostitution und hatte beständige Schwierigkeiten mit den Sicherheits-Organen.

Schon am 13. Februar 1905 kehrte sie wieder, und zwar zum dritten Male, in die Anstalt zurück und nun gingen die früheren Leiden und Qualen neuerlich an. Über fünf Jahre dauerten dieselben ohne Unterbrechung fort und hörten erst auf, als Schöpf, welche wegen der schrecklichen Roheiten und Gewalttätigkeiten gegenüber dem Wartpersonal und den Mitkranken viel in der Zelle verwahrt werden mußte, sich selbst durch Erdrosseln am 6. April 1910 ein gewaltsames Ende machte.

Es soll mir erspart bleiben, in weitere Einzelheiten des Verlaufes einzugehen. Nach dem, was vorher erzählt wurde, wird man glauben, daß die Anwesenheit dieses verbrecherisch veranlagten Mädchens für die Anstalt ein fürchterliches Unheil bedeutete. Um diese Behauptung genauer zu erhärten, soll noch berichtet werden, daß über Schöpf, welche im ganzen 5 Jahre 8 Monate in der Anstalt verwahrt werden mußte, während dieser Zeit folgende gewalttätige Handlungen in der Krankengeschichte aufgezeichnet sind. Dieselbe verübte 110 mal gewalttätige Angriffe auf die Ärzte und das Wachpersonal, 50 mal gegen die Mitkranken und 19 mal gegen die eigene Person, indem sie Selbstmordversuche machte; 68 mal zerstörte sie Einrichtungsgegenstände; *alles in allem sind 247 Akte von Gewalttätigkeit angeführt.*

Diese große Zahl von Roheitsakten entspricht aber lange nicht dem, was die Kriminelle in Wirklichkeit an Gewalttätigkeiten verbrach; z. B. wenn gesagt wird, daß 50 Angriffe auf die Mitkranken erfolgten, so muß hierzu bemerkt werden, daß bei

einem solchen Angriff immer mehrere Patienten mißhandelt wurden. Kleinigkeiten wurden überhaupt nicht mehr verzeichnet; von den verwüsteten Einrichtungsgegenständen wurden unbedeutendere Sachen überhaupt nicht mehr vermerkt. Man wird nicht fehlgehen, wenn man die Zahl der verübten Gewalttätigkeiten auf weit über 400 schätzt.

Außerdem ist zu erwähnen, daß Schöpf es verstand, nicht nur in der Tat, sondern auch im Worte sich in der allerunangenehmsten Weise bemerkbar zu machen. Kaum je bekam man ein freundliches Wort. Stets zankte und lästerte sie in der niederträchtigsten Art und gab den Ärzten und Pflegerinnen Titel und Namen von ganz gemeiner Gattung. Außerdem war das Mädchen wie niemand anderer imstande, auf den Abteilungen alles aufzuwiegeln und die Kranken gegeneinander und gegen das Pflegepersonal, sowie gegen die Ärzte zu verhetzen. An Verdrehungskunst und Verlogenheit leistete Schöpf Fabelhaftes.

In den letzten Zeiten mußte sie wegen unablässiger Roheiten viel in die Zelle gegeben werden und da stellten sich mehrmals deutliche Zeichen einer Haftpsychose ein mit zahlreichen Gesichts- und Gehörstäuschungen, Verstimmungen des Gemütes und Klagen über Verfolgung seitens der Ärzte und Pflegerinnen.

Nach dieser ausführlichen Lebensbeschreibung, welche nach stundenlangen Erzählungen noch nicht vollständig erschöpft wäre, müssen wir nun der Frage näher treten, wie denn eigentlich die klinische Diagnose in diesem Fall zu lauten habe. An der Münchener Klinik hatte man Zweifel, ob es sich um Imbezillität oder um Hysterie handelt. Im maßgebenden Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen wurde auf Epilepsie erkannt und in der Haller Anstalt stellte man nach längerer und gründlicher Beobachtung die Diagnose auf Imbezillität.

Es läßt sich nicht leugnen, daß bei Schöpf einzelne Erscheinungen wahrgenommen werden konnten, welche auf Hysterie deuten. Dem Mädchen war es eigen, sich in mancher Hinsicht interessant zu machen, auch wußte dasselbe in ihrer Umgebung ihre Persönlichkeit mit Nachdruck zur Geltung zu bringen. Außerdem war demselben eine unverkennbare Sucht nach Übertreibungen und eine Neigung zur Lügenhaftigkeit eigen, welche Charaktereigenschaften alle der Hysterie zukommen.

Die Fähigkeit, sich in mancher Hinsicht einnehmend und interessant zu machen, muß nicht immer auf hysterischer Grundlage beruhen; man kann gerade im vorliegenden Fall diese Eigenschaft des Mädchens ganz gut aus seinem Vorleben erklärlich finden. Schöpf war nämlich durch Jahre hindurch Prostituierte und dieses Geschäft macht es erforderlich, daß das Weib sich ein anziehendes und einnehmendes Wesen aneigne.

Das Bestreben, die eigene Persönlichkeit geltend zu machen, was Schöpf vorzüglich verstand, entspricht, wenn die Art und Weise, wie sie das machte, näher zergliedert wird, auch nicht dem hysterischen Charakter. Es ist eine Eigentümlichkeit der Hysterie, daß sich die Kranken stets um ihrer selbst willen wichtig machen. Alles zielt bei den Hysterischen darauf hin, sich selbst zum Mittelpunkt der Umgebung zu machen, und zwar deshalb, weil sie selbst beachtet oder bemitleidet werden wollen. Schöpf benahm sich nie um ihrer selbst willen auffallend, sie verfolgte dabei niemals irgendwelche egoistischen Zwecke, sie war leider zu altruistisch veranlagt. Hierüber ließe sich ein umfangreicher Roman verfassen. Bei allen ihren Handlungen, womit sie sich zum Mittelpunkt der ganzen Anstalt machte, wollte Schöpf nie Mitleid erwecken, noch wollte sie sich selbst beachtet wissen. Sie fiel lediglich durch ihre erschreckenden Roheiten und durch ihre Neigung zu gewalttätigen Handlungen auf und bildete auf diese Weise den Schrecken und das Entsetzen des ganzen Hauses.

Was die Übertreibungssucht und die Neigung zur Lügenhaftigkeit anlangt, ist zu bemerken, daß diese Eigenheiten bei den hysterischen Kranken sich auf alle möglichen Gebiete erstrecken können. Aber auch in diesem Belang muß hervorgehoben werden, daß die Hysterischen mit Vorliebe über sich selbst, über ihr Leiden und ihre krankhaften Empfindungen übertriebene oder gar lügenhafte Aussagen machen. Schöpf beklagte sich nie über empfundene Zurücksetzung, über zu geringe Teilnahme und unzulängliche Aufmerksamkeit, auch redete sie nur ungern von ihren Leiden und Beschwerden. Die falschen und lügenhaften Aussagen, welche dem Mädchen oft sprudelnd aus dem Munde flossen, lagen auf einem ganz anderen, außerhalb der eigenen Persönlichkeit gelegenen Gebiete. Sobald Schöpf über die Anstaltsärzte, über die Pflegerinnen, über die Mitpatienten, über den Anstaltsbetrieb, über die gerichtlichen Sachverständigen und über die Richter selbst sprach, kamen faustdicke Lügen und die kühnsten Übertreibungen vor. Wie wir sehen, entsprechen auch diese Erscheinungen nicht dem Charakter der Hysterie. Aus diesen Darlegungen und aus dem Umstande, daß andere hysterische

Symptome bei Schöpf nicht wahrgenommen werden konnten, geht hervor, daß Hysterie nicht angenommen werden darf.

Wie steht es nun bezüglich der Epilepsie? Diese Frage ist für uns von ganz besonderer Wichtigkeit, weil vom Sachverständigen, welcher das entscheidende Gutachten abgab, die Diagnose auf Epilepsie gestellt wurde.

Wie sich aus dem mitgeteilten Gutachten ergibt, erkannte der Sachverständige auf diese Krankheit, weil Schöpf von Jugend an abnorm veranlagt war und angeblich öfter im Monat Anfälle von Übelkeit mit Aufhebung des Bewußtseins bekam. Zur Begründung der Diagnose wurde auch angeführt, daß das Mädchen manchmal „doppelt sah“ und an Gesichtstäuschungen litt: feurige Kugeln, feurige Besen, Regenbogenfarben, blutige Köpfe u. dgl. Eine weitere Bestätigung für Epilepsie bildeten die Zufälle höchster Zornmütigkeit und Erregbarkeit mit dämmerhaften Störungen des Bewußtseins.

Die Art und Weise, wie hier die Symptome aneinander gereiht werden, rechtfertigt allerdings die Erkennung auf Epilepsie. Wenn man aber bedenkt, auf Grund welcher Beobachtungen diese Krankheitszeichen gewonnen wurden, so wird man mit Recht an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln dürfen. Der gerichtliche Sachverständige machte ein paar Besuche in der Haftzelle, das war die ganze Beobachtung. Wenn die Krankheitszeichen deutlich in Erscheinung treten, dann wäre es ja recht wohl möglich, mit ein paar Unterredungen sich Klarheit zu verschaffen, wenn aber die Symptome sehr undeutlich hervortreten und wenn man es außerdem mit abgefeimten, verlogenen Menschen zu tun hat, wie bei Schöpf, dann sind ein paar Besuche denn doch zu wenig, um eine sichere Diagnose zu machen.

Ganz besonders zu bemängeln ist an der Diagnose-Stellung, daß mit keinem Wort im Gutachten auf die Möglichkeit hingedeutet wird, daß die Äußerungen, welche das Mädchen machte, unwahr und falsch sein könnten. Alles, was die Untersuchte angab, wurde ohne Auswahl und Sichtung hingenommen und zu einem vermeintlichen Krankheitsbild zusammengefügt. Als wir Ärzte der Anstalt nach längerer Beobachtung berechtigte Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose bekamen und die Begutachtete nicht etwa ein paarmal, sondern oft und oft betreffs ihrer Aussagen, die sie dem Sachverständigen gegenüber gemacht hatte, ausforschten, erklärte sie mit spöttischer Miene, den Ärzten und den Richtern dürfe man überhaupt keine Wahrheit sagen; so habe sie es auch bei der gerichtsärztlichen Untersuchung gehalten. Sie mache sich nicht selten darüber lustig, wie sie es verstand, die Polizei, die Richter und die Ärzte hinters Licht zu führen.

Schon aus diesen Erörterungen geht hervor, daß die Diagnose auf Epilepsie mit ganz unzulänglicher Begründung gestellt wurde. Um den vollen Beweis einer Fehl-Diagnose zu erbringen, soll folgendes erwogen werden:

Der vom Gericht bestellte Sachverständige hatte bereits mit ein paar Besuchen Material und Belege genug gesammelt, um auf Epilepsie zu erkennen.

Die Anstaltsärzte hingegen, welche das Mädchen durch Jahr und Tag in ständiger Beobachtung hatten, waren nicht in der Lage, ähnliche Erscheinungen wahrzunehmen oder irgendwelche andere Symptome festzustellen, welche für Epilepsie kennzeichnend wären. Es müßte doch mit ganz sonderbaren Dingen zugegangen sein, wenn die in wenigen Stunden relativ so reichlich beobachteten Erscheinungen plötzlich ausgeblieben und ganz anderen Symptomen Platz gemacht hätten. Das ist vollkommen ausgeschlossen. In der Anstalt konnte man bei Schöpf niemals Trübungen des Bewußtseins beobachten, auch Zufälle von Übelkeit kamen nicht vor. Von Doppeltsehen wußte das Mädchen nichts mehr zu melden und von den früher erwähnten Sinnestäuschungen war keine Spur mehr vorhanden. Wollte man aus den zeitweiligen Verstimmungen und den zornmütigen Erregungen Epilepsie erkennen, so müßte man das doch als eine ganz unwissenschaftliche Diagnose-Stellung bezeichnen. Wenn Schöpf von massenhaften Gesichtstäuschungen sprach, so kann man hinsichtlich dieser Erscheinungen nicht ganz sicher annehmen, daß sie lügenhafte Aussagen machte, denn in den letzten Monaten des Anstaltsaufenthaltes, da die Kranke viel in der Zelle war, nahm sie auch in der Anstalt solche Erscheinungen wahr. Aber diese können nie und nimmer als Zeichen von Epilepsie aufgefaßt werden, sondern waren unverkennbare Symptome einer Haft-Psychose. Es wäre ja immerhin möglich, wenn auch nicht wahrscheinlich, daß die Untersuchte auch schon in der Untersuchungshaft Anwandlungen einer Gefangenschafts-Psychose hatte. Die sogenannten Gefangenschafts-Psychosen, welche unter lebhaften halluzinatorischen Erscheinungen mit einer Art Verfolgungswahn und heftigen Angstzuständen einhergehen, sind natürlich keine Geisteskrankheiten eigener Art, sondern sie kommen bei den verschiedensten Formen von Geistesstörung als Begleiterscheinung vor. Nach Rüdin gilt es ja als eine bekannte Tatsache, daß die Gefangenschafts-Psychosen auch bei Imbezillität auf-

treten. Nachdem also bei Schöpf irgendwelche Symptome oder Charaktereigenschaften, welche für Epilepsie kennzeichnend wären, in der jahrelangen Anstaltsbeobachtung nicht wahrgenommen werden konnten, ist im Zusammenhang mit den obigen Darlegungen der Beweis erbracht, daß es sich um eine epileptische Geistesstörung nicht handeln kann.

Aus dem Befunde, der oben ausführlich berichtet wurde, kann man entnehmen, daß Schöpf von jeher minderwertig veranlagt war, daß sie nicht die Fähigkeit besaß, sich jenen Ordnungssinn und jene Eigenschaften anzueignen, durch welche der Mensch sich selbst durch die Welt zu bringen vermag und imstande ist, ein nützliches Mitglied der Gesellschaft zu werden. Von ihrem 14. Lebensjahr bis zu ihrem Tode besteht das Leben aus einer ununterbrochenen Kette von Zwist mit der Umgebung und von Auflehnung gegen Ordnung und Gesetz. Anstatt sich ehrlich durchs Leben zu bringen, betreibt sie Landstreicherei, Bettel, Diebstahl und Betrug und besitzt dabei die Neigung zu ungezügelter Reizbarkeit und Zornmütigkeit und zu gewalttätigen Handlungen. Dieser ganze Lebenslauf im Zusammenhalt mit den beschriebenen Charaktereigenschaften des Mädchens rechtfertigt die bestimmte Diagnose auf Imbezillität. Dafür spricht auch der erhobene histopathologische Befund, der sowohl hinsichtlich der Gefäße, wie hinsichtlich der Nervenzellen und des Gliagewebes durchaus jenen Fällen entspricht, welche von mir vor ein paar Jahren veröffentlicht wurden. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Das Museum des XVII. internationalen medizinischen Kongresses.** Ein Komitee, unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. A. Keith, Royal College of Surgeons, England, ist ernannt worden, welches den Zweck hat, ein Museum in Verbindung mit dem XVII. internationalen medizinischen Kongresse, London, 1913, zusammenzustellen. Die Organisation ist diesem Komitee überlassen worden, und demselben ist Vollmacht erteilt, angebotene Ausstellungsgegenstände anzunehmen oder abzuschlagen.

Eine Sammlung von Gegenständen, welche die Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaft veranschaulichen, an einer Zentralstelle dürfte zweifellos dem Plan, daß sämtliche Sektionen einzeln die für die Vorträge erforderlichen Präparate und sonstige Objekte zusammensuchen und aufstellen, vorzuziehen sein. Ein an einer Zentralstelle aufgestelltes Museum bietet einer großen Anzahl Kongreßmitglieder die Gelegenheit, diese Fortschritte an dem zur Verfügung stehenden Material zu studieren, und dieses Studium gewinnt durch die Koordination der verschiedenen Abteilungen.

Das Komitee hat Bestimmungen aufgestellt, wonach das Museum geleitet werden soll, und verfolgt einen bestimmten Arbeitsplan. Das Museum wird aus Ausstellungsgegenständen bestehen, welche die in den verschiedenen Sektionen zu behandelnden Themata illustrieren, und aus weiterem Material, welches dem Komitee von Bedeutung und Interesse erscheint. Nur Ausstellungsgegenstände von wissenschaftlichem Werte werden zugelassen werden; jedwedes industrielle Element ist ausgeschlossen.

Vorzüglich geeignete Räume sind in dem Imperial College of Science and Technology, South Kensington, London SW. zur Verfügung gestellt worden. Das Museum wird hier in Abteilungen eingeteilt, so weit dies ausführbar ist, in Übereinstimmung mit den Sektionen des Kongresses. Die Vorstände der verschiedenen Sektionen haben sich bereit erklärt, mit dem Komitee zusammenzuwirken, damit die Sammlung eine würdige werde. Es ist weiterhin beschlossen worden, in Anbetracht der Tatsache, daß der Kongreß in London tagen wird, und die Besucher zweifellos wünschen werden, die Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen von Bedeutung zu besuchen, keine Gegenstände aus den Londoner Museen zu entnehmen. Deshalb sucht das Komitee Ausstellungsgegenstände von auswärtigen Institutionen resp. Privatsammlungen zu erlangen.

Naturforscher und Ärzte, die gewillt sind, dem Komitee Gegenstände, die die neuesten Fortschritte auf jedem Gebiete der medizinischen Wissenschaft erläutern, zur Verfügung zu stellen, werden gebeten, sich mit dem Sekretär, H. W. Armit (Ravenhurst, Talbot Road, Wembley, bei London) in Verbindung zu setzen.

Das Komitee ist bereit, die Kosten der Beförderung der Ausstellungsgegenstände zu tragen und dieselben gegen Schaden und Verlust zu versichern; es verspricht, jedwede Vorkehrungen zu treffen, um die Gegenstände im guten Zustande den Eigentümern zurückzuerstatten.

Die Herren Aussteller werden aufgefordert, ihre eigenen Präparate in dem Museum zu erklären.

Schließlich sei bemerkt, daß von dem Vorstand des Kongresses Erlaubnis eingeholt worden ist, eventuell auch nach Schluß des Kongresses das Museum noch für einige Tage offen zu halten.

Vorläufige Liste der Themata, die in dem Museum des XVII. internationalen medizinischen Kongresses Behandlung finden werden.

1. Anatomie: Präparationen. Makro- und mikroskopische Präparate.

2. Physiologie: Neue Apparate (nur solche von Physiologen werden ausgestellt werden). Ergebnisse neuester Forschungen. Anatomische Präparate, mit besonderer Berücksichtigung der Wechselbeziehungen der Innervation.
3. Allgemeine Pathologie: Herzmuskelsystem. Die Transplantation von normalen Geweben. Die Pathologie des Shocks.
3a. Pathologische Chemie: Pathologische Zustände, auf der Einwirkung von Nahrungsmitteln beruhend. Klinische Anwendung der pathologischen Chemie. Die pathologische Chemie des Verdauungstraktus.
4. Bakteriologie und Immunität: Krebs. Die filtrierbaren Virus. Aussatz. Anaphylaxie.
5. Pharmakologie: Nichtbakterielle Toxine und Antitoxine. Die Resultate der Thermalbehandlung.
6. Innere Medizin: Chronische Arthritis. Herzschlag. Zuckerruhr. Hämolyse.
7. Chirurgie: Bösartige Geschwulste des Dickdarmes. Gehirn-Geschwulste. Intrathorakale Chirurgie. Die Chirurgie der Arterien.
7a. Orthopädie: Die Behandlung der spastischen Lähmungen. Die Behandlung der Skoliose. Die Behandlung der Ankylose. Die Behandlung der Gelenktuberkulose bei Kindern.
8. Geburtshilfe und Gynäkologie: Gebärmutterkrebs. Blutungen aus der Plazentastelle.
9. Augenkrankheiten: Chronische Uveitis. Glaukomoperationen.
10. Kinderkrankheiten: Infektionen der Harnwege durch B. coli. Der Einfluß der Blutdrüsen auf die Entwicklung des Körpers. Chirurgische Behandlung der Tuberkulose bei Kindern. Polioencephalitis und Poliomyelitis.
11. Nervenkrankheiten: Motorische Aphasie, Anarthrie und Apraxie. Die Myopathien. Parasyphilis.
12. Geisteskrankheiten: Die Psychosen der Infektionen und Autointoxikationen.
13. Hautkrankheiten und Syphilis: Ausstellungsgegenstände werden im Generalmuseum nicht aufgenommen.
14. Urologie: Nieren- und Blasentuberkulose im Anfangsstadium. Bösartige Neubildungen der Prostata.
15. Hals- und Nasenkrankheiten: Neubildungen der Nase, der Nebenräume und des Rachenraums. Seltene Kehlkopfgeschwülste. Krankheiten der Luftröhre und Bronchien. Bronchoösophagoskopie.
16. Ohrenkrankheiten: Ausstellungsgegenstände dieser Sektion werden im Generalmuseum nicht aufgenommen.
17. Mundheilkunde: Periodontale Krankheiten.
18. Hygiene und Prophylaxe: Säuglingssterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen. Sehstörungen bei Schulkindern. Staubkrankheiten der Lunge.
19. Gerichtliche Medizin: Die gerichtliche Bedeutung der Syphilis. Die Psychologie des Verbrechens.
20. Kriegschirurgie: Krankentransport der Verwundeten im Gebirgskrieg. Hospitalschiffe. Wasserversorgung auf dem Schlachtfelde. Impfungen gegen Typhus. Die sanitäre Organisation in den Tropen. Caissonkrankheit.
21. Tropenkrankheiten: Leishmaniase. Rückfallfieber. Beri-Beri. Pest. Tropische Hautkrankheiten. Wurmkrankheiten.
22. Radiologie: Technische Errungenschaften in den letzten Jahren. Radiographien von den verschiedenen pathologischen Zuständen.

Sonder-Abteilung: Museumtechnik.

— **Bonn.** Der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz hat in seiner Sitzung vom 23. November 1912 den bisherigen Provinzial-Psychiater Geh. San.-Rat Dr. Oebecke in Bonn zum Ehrenmitglied ernannt.

Referate.

— Näcke, Prof. Dr., Einteilung der (habituell) Antisozialen und der mehr oder minder moralisch Defekten. Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie. X. Band, 4. und 5. Heft, 1912.

Der Verfasser hat in manchen früheren Arbeiten schon über die „moral insanity" geschrieben. Neuerdings Hermann. Näcke gibt eine Einteilung der Antisozialen inkl. der moralisch Defekten in drei Gruppen:

1. moralisch Tote (cum grano salis),
2. moralisch Verkümmerte } mit je drei Untergruppen.
3. moralisch Vollwertige }

Vom klinisch-psychiatrischen Standpunkt nimmt er vier Gruppen an:

1. Die Imbezillen verschiedener Grade (größte Zahl der Antisozialen),
2. die psychisch Entarteten (zweitgrößte Zahl der Antisozialen),
3. die periodisch oder zyklisch Verstimmten (kleine Zahl der Antisozialen),
4. die rein moralisch Imbezillen (möglich, aber sehr selten).

Die „moral insanity" als Krankheitsbezeichnung ist daher überflüssig.

Näcke gibt dann noch Definitionen der Begriffe: Moral, Ethik, Intelligenz und schildert ihre Beziehungen zueinander und die oft verschwommenen Übergänge vom Normalen zum Krankhaften.

Zum Schluß kommt N. auf die Unterbringungsfrage. Für die apathisch Unzurechnungsfähigen postuliert er die Irrenanstalt. Daneben bekanntlich Zwischenanstalten (Adnexe zu Straf- oder Irrenanstalt), und zwar für die aktiv gefährlichen Unzurechnungsfähigen und für die vermindert Zurechnungsfähigen. Für die Zurechnungsfähigen die Strafanstalt! Für die in die Zwischenanstalten gehörigen sogar lieber das Gefängnis als die Irrenanstalt.

Dr. Vogel-Colditz.

— Raecke, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. III. Auflage. Berlin, Hirschwald, 1912.

Das mit großer Sorgfalt geschriebene, vollständige

und übersichtlich gegliederte Kompendium Raeckes ist ein beliebtes Buch geworden, wie die schnelle Folge der Auflage beweist. Die neue dritte Auflage zeigt Ergänzungen in mehreren Abschnitten, so bei der Besprechung der Methoden der Intelligenzprüfung und bei der Untersuchung des Gleichgewichtsapparats. Mercklin.

— Benario, Über Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung. Ein Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Lehmann-München, 1911. 193 S. 6 M.

In ausführlicher Weise führt Verf. unter Zugrundelegung zahlreicher Krankengeschichten den Beweis, daß bei den Neurorezidiven nach Salvarsan- und andererseits nach Quecksilberbehandlung ein vollständiger Parallelismus besteht, daß also nicht die Medikamente, sondern die Lues selbst für ihr Auftreten verantwortlich zu machen ist.

Die frühen Zeiten des II. Stadiums, besonders der zweite Monat nach dem Erscheinen des Primäraffektes, neigen vornehmlich zu Hirnnervenerkrankungen. — Da die ersten Symptome einmal Tage, dann aber wieder erst Wochen nach der Infektion auftreten, so wäre es exakter gewesen, die Zeitbestimmung nach der mutmaßlichen Ansteckung anzuführen. Mit Vorliebe werden Optikus und Akustikus betroffen, offenbar infolge der enormen Lymphräume am Chiasma opticum und im interpedunkulären Raum.

Historisch interessant ist die Bemerkung, daß die erste kasuistische Mitteilung über Syphilis des Hirns im frischen Stadium des Primäraffektes bereits aus dem Jahre 1610 stammt.

Unter Beigabe guter Bilder zeigt dann Verf. — im Gegensatz zu Heubner —, daß die Gefäße von außen nach innen erkranken, da zuerst die Vasa vasorum und die adventitiellen Lymphscheiden ergriffen werden. Hinsichtlich der allgemeinen Symptomatologie sind in erster Linie die Kopfschmerzen zu nennen, dann „Influenza", Appetit- und Schlaflosigkeit, während die typischen zerebralen Erscheinungen, Schwindel und Erbrechen, nur selten anzutreffen waren. Reflexstörungen waren häufig, die Intelligenz zeigte manchmal eine Abnahme. Die angeblich epileptischen Anfälle muß man gleichfalls als luetische ansprechen. Die Wassermannsche Reaktion und die Befunde des Lumbalpunktates finden dann in der Besprechung ihre gebührende Bewertung.

Wie Ehrlich, empfiehlt auch Verf. die Kombinationstherapie und warnt vor gewöhnlichem destillierten Wasser wegen eventueller Proteinvergiftung, nur frisches destilliertes Wasser sollte Verwendung finden.

Zur Bekämpfung der Neurorezidive selbst seien zahlreiche kleine Dosen angebracht, dieser solle man sich auch bei älteren Leuten und Patienten mit Alkohol- und Nikotinmißbrauch bedienen.

Die Monographie des Verf., der Ehrlich selbst ein Vorwort beigegeben hat, wird gewiß das lebhafteste Interesse der Fachgenossen finden, um so mehr, als bekanntlich manche Autoren, z. B. Finger, nach wie vor dem Salvarsan einen schädigenden Einfluß zuschieben zu müssen glauben.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Wolpe, Dr. med. J. M. in Smolensk. Über die Wirkung des organischen Phosphors (Phytin) beim runden Magengeschwür. Archiv für Verdauungs-Krankheiten, Band XVII, Ergänzungsheft 1911.

Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen zu folgendem Ergebnis:

1. Die Acidität des Magensaftes, besonders der Gehalt an freier HCl, erleidet unter dem Einfluß des Phytin nur geringe Erhöhung, die Schwankungen der Mengen von HCl spielen keine wesentliche Rolle auf den Verlauf der Krankheit.

2. Die Saft- und Schleimsekretion wird von Phytin nicht verändert; in Fällen von Hypersekretion (Gastrosucorrhoea) wird die Menge des nüchtern genommenen reinen Magensaftes um ein kleines vergrößert.

3. Phytin wirkt nicht auf die Bewegungsfähigkeit des Magens.

4. Phytin reizt die Schleimhaut nicht und bewirkt keine Nebenerscheinungen.

5. In Fällen, wo Magenschleimhauthyperästhesie vorhanden, ist es auf Grund unserer Beobachtungen geraten, Phytin in Geloduratkapseln zu verordnen oder dasselbe auch in Pulverform, gleichzeitig mit Alkalien zu geben.

6. Nach mehr oder weniger langem Gebrauche von Phytin verschwindet die Blutreaktion im Magendarminhalte, woraus man das Eintreten des Vernarbungsprozesses schließt.

7. Die Zahl der Formelemente des Blutes, besonders der Leukozyten, und auch die Prozentmenge des Hämoglobins wächst unter dem Einfluß des Phytin, dadurch hören die Entzündungserscheinungen auf, und der Granulationsprozeß tritt ein.

8. Das Nervensystem der Kranken wird gestärkt, das Selbstgefühl gebessert, die subjektiven Erscheinungen verschwinden und das Körpergewicht wird gehoben.

— Burgl, Dr. med. Georg. Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Stuttgart, Verl. von Ferdinand Enke 1912. 296 S.

Vf. bespricht auf Grund seiner umfangreichen Erfahrungen als Gerichtsarzt in Nürnberg seine Anschauungen über Hysterie. Das Buch zerfällt in drei Teile, deren erster namentlich in Anlehnung an die Werke von Binswanger, Ziehen, Löwenfeld, Oppenheim u. A. das Wichtigste von der Lehre der Hysterie, der zweite unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur (Cramer, Hoche-Wollenberg, Siemerling, Raimann) die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen und der dritte eine Kasuistik von 20 eigenen lehrreichen Fällen bringt. — Der Zweck des Buches, auch dem Juristen das Verständnis für das Wesen der Hysterie näher zu rücken, ist durch Verdeutschung fremdsprachiger Bezeichnungen resp. allgemein verständliche Erklärungen durchaus erreicht; darüber hinaus wird das Buch dem ärztlichen Sachverständigen in der schwierigen Frage der gerichtlichen Beurteilung zweifelhafter, hysterischer Geisteszustände ein zuverlässiger Berater sein.

Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Hamburg.** An Prof. Dr. med. et phil. Weygandt, den Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg, ist von der medizinischen Fakultät der Universität Greifswald eine Anfrage [betr. Übernahme

des ordentlichen Lehrstuhles für Psychiatrie und der Direktion der Universitäts-Nervenklinik ergangen. Angesichts seiner Hamburger Verpflichtungen, insbesondere der Reorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg, hat Prof. Weygandt in ablehnendem Sinne geantwortet.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Assistenzarzt Dr. Franz Trögele scheidet mit dem heutigen Tage aus dem Dienste der hiesigen Anstalt aus.

— **Greifswald.** Prof. Dr. med. Schröder (Berlin, früher Breslau) ist zum Nachfolger von Prof. Schultze an die Psych. Universitätsklinik in Greifswald berufen worden.

— **Wien.** Der Primararzt an der Privat-Heilanstalt von Hofrat Prof. Obersteiner, Wien, XIX., Ober-Döbling, Dr. Julius Krueg, feierte am 1. Dezember sein 40jähriges Dienstjubiläum an dieser Anstalt und erhielt die österreichische Ehrenmedaille für 40jährige treue Dienste.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma

E. Merck, Darmstadt

betr. **„Antithyreoidin-Moebius"**

bei, den wir der Beachtung unseren verehrter Leser besonders empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der **Provinzial-Heilanstalt Lauenburg** in Pom. ist sogleich eine

Assistenzarztstelle

evtl. auch eine

Oberarztstelle

zu besetzen. Anstellungsbedingungen a) für Assistenzärzte: 1800 bis 3000 M. bei völlig freier Station, bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung als Oberarzt. b) für Oberärzte: 3600—7200 M., freie Familienwohnung mit freier Heizung und Beleuchtung, Garten, Arznei.

Anderweit zugebrachte ärztliche Tätigkeit kann angerechnet werden. Meldungen nicht vor 1. Juli 1909 approbierter Ärzte an die Anstaltsdirektion.

Stellengesuche.

An der **Landesheilanstalt Uchtspringe** (Altmark) Bahnstrecke Lehrte-Berlin, (mit ca. 1600 Kranken und 13 etatsmäßigen Arztstellen) ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 Mark nebst Wohnung und freier Verpflegung I. Klasse, steigend jährlich um 200 M. Nach dreijähr. Dienstzeit und Bewährung feste Anstellung mit Pensionsberechtigung, Familienwohnung p. p. und entsprechendem Gehalt, das staffelförmig bis 6000 bezw. 7200 Mark steigt.

Zu wissenschaftlicher Ausbildung ist Gelegenheit in den gut ausgestatteten Laboratorien gegeben.

Unverheiratete Bewerber wollen Lebenslauf, Approbations- und sonstige Zeugnisse baldigst einsenden an den Direktor **Professor Dr. Alt.**

Ebenda sind **Praktikantenstellen** bei vollständig freier Station zu besetzen.

An der ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt **Allenberg** bei Wehlau ist die Stelle eines

Anstaltsarztes

zu besetzen.

Gehalt 3600 bis 6600 M., steigend von 3 zu 3 Jahren um 600 M., Höchstgehalt nach 15 Jahren, neben freier Dienstwohnung. Bei befriedigender Dienstführung nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung. Anderweitig zugebrachte Dienstzeit oder praktische Beschäftigung kann auf das Ruhegehalts- und Besoldungsdienstalter in angemessenem Umfang angerechnet werden.

Meldungen mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf sind zu richten an den Direktor Sanitätsrat Dr. **Dubbers.**

An der **Brandenburgischen Landesirrenanstalt zu Landsberg** a. W. ist sofort oder zum 1. Januar 1913 die Stelle eines unverheirateten

Assistenzarztes

zu besetzen bei 1800—1900 Mark Anfangsgehalt, freie Wohnung und Station I. Klasse. Aufrücken zum Anstaltsarzt nach einjähriger psychiatrischer Tätigkeit, von der 6 Monate im Brandenburgischen Provinzial-Anstaltsdienste zugebracht sein müssen, und nach Ablegung der Doktorprüfung, Gehalt dann 3600—4800 Mark, alle 3 Jahre um 400 M. steigend. Beförderung zum Oberarzt spätestens nach dem 7. Dienstjahre in Aussicht mit einem Gehalt von 4600 bis 6600 M. bezw. 7200 M., alle 3 Jahre um 500 M. steigend. Bewerbungen an den Direktor der Landesirrenanstalt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 37. 14. Dezember 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

(Aus der oberelsässischen Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt Rufach (Direktor Dr. Groß).

Pariser Reiseeindrücke.

Von Dr. *Ernst Wittermann.*

Ein nahezu dreiwöchentlicher Studienaufenthalt in Paris, der mir im Frühjahr 1912 durch den Studienfonds der hiesigen Anstalt für Teilnahme an Kongressen usw. ermöglicht wurde, hat mir Gelegenheit gegeben, eine Fülle des Interessanten zu sehen; ich will im folgenden darüber berichten, ohne mich aber in die detaillierte Beschreibung der von mir besichtigten Anstalten einzulassen, da darüber in deutschen psychiatrischen Zeitschriften schon genug Mitteilungen existieren. Nur das Neue oder besonders Hervorstechende soll hier berücksichtigt werden.

Die Besichtigung französischer Anstalten wird einem wesentlich erleichtert durch persönliche Einführung; die Liebenswürdigkeit der Franzosen führt dann zu weiteren Empfehlungen, so daß man im allgemeinen keine großen Hindernisse findet. Wichtig ist es allerdings, daß man die französische Sprache halbwegs beherrscht, da die Franzosen auch unter den Psychiatern selten sind, die genügend Deutsch verstehen; ferner, daß man sich möglichst an die lokalen Verhältnisse anpaßt. Es ist z. B. ganz unnütz, sich mit der Bitte um die Erlaubnis zur Besichtigung an den Direktor der Anstalt zu wenden, da dies fast nie ein Arzt ist; das deutsche System der ärztlichen Direktoren ist in Frankreich mit verschwindenden Ausnahmen unbekannt. Die Direktorstelle ist in vielen Fällen eine Art Ruheposten für verdiente Politiker oder Departementspräfekten; oft herrscht eine gewisse Divergenz zwischen den leitenden Ärzten und dem Direktor, der nur Verwaltungsperson ist. Man kann es unter diesen Umständen vom Direktor nicht verlangen, daß er für ärztliche Besucher sich interessiert, sondern man wendet sich am besten an einen bestimmten médecin en chef, und zwar nur in den Vormittagsstunden. An Nachmittagen sind die médecins en chef fast niemals da; oft wohnen sie weit entfernt von der Anstalt in einem ganz anderen Ort und doch sind sie diejenigen, die für den Dienst die ganze Verantwortung tragen. In den Nachmittagsstunden trifft man häufig nur die sogen. „Internes", ganz junge Ärzte, oft auch noch Studierende der Medizin, die einem in wichtigeren Fragen keinen präzisen Aufschluß geben können. Der médecin en chef wird dann immer zuerst seinen eigenen „Service" zeigen; in einer großen Anstalt gibt es stets mehrere derartige „Services" nebeneinander, die vollständig unabhängig voneinander sind und nur eine gemeinsame Zentralanstalt (Küche etc.) haben. Ein Austauschen von Kranken von einem Service in den anderen wegen Platzmangels usw. kommt nicht vor, dazu bedürfte es erst großer bureaukratischer Aktionen. Wenn man also den „Service" von Dr. A. kennt, so kann man sich daraus wohl ein Urteil über die Einrichtungen der Anstalt im allgemeinen bilden, man kann sich aber noch immer auf die größten Differenzen im Betriebe der einzelnen Service gefaßt machen; ich habe wenigstens in einer Anstalt neben einer sehr gut eingerichteten Abteilung, in der die größte Ordnung und Sauberkeit herrschte, eine andere gesehen, die wenig befriedigend aussah; einige Kranke lagen im Zimmer umher, manche hatten allerlei Zwangsgewänder an und sahen sehr unappetitlich aus; das Pflegepersonal saß in einem anderen Zimmer bei der Mahlzeit.

Von den allgemeinen Fragen beansprucht nach meinem Dafürhalten die des Pflegepersonals das größte Interesse. Pfleger wie Pflegerinnen machten, soweit ich das bei meinen Besuchen konstatieren konnte, einen recht guten Eindruck; die Pfleger tragen eine nette, gefällige Uniform, die Pflegerinnen sind zum Teil mit einem gewissen Chik gekleidet. Der Ton dem Arzte gegenüber ist ein offener, gerader und ist weit entfernt von der soldatischen Strammheit oder einer Unterwürfigkeit, die man in manchen deutschen Anstalten findet. Jeder Franzose ist eben von seinem eigenen Werte sehr überzeugt, das Bewußtsein seines Bürgertums lebt ständig in ihm. Dazu kommt aber beim Pflegepersonal, wenigstens der Anstalten des Seine-Departements, etwas anderes: seit einer Reihe von Jahren ist es zum größten Teil in einem „Syndicat" (Gewerkschaft) organisiert. Man kann nicht leugnen, daß diese Organisation dem Pflegepersonal eine Menge von Vorteilen verschafft hat: so kam es zuerst zu einer Lohnerhöhung; kein Pfleger und keine Pflegerin schläft in der Anstalt; der Dienst ist streng geteilt zwischen Tag- und Nachtdienst, von 6 bis 6 Uhr; ein Tag in der Woche ist frei, außerdem hat jeder Pfleger und jede Pflegerin Anspruch auf 15 Tage Urlaub im Jahr; für den Dienst bei unruhigen, unreinen oder gefährlichen Kranken werden eigene Prämien von 10 Frs. monatlich gegeben usw. Diesen Vorteilen für das Pflegepersonal stehen aber, wie mir eine nicht organisierte Oberpflegerin auseinandersetzte, für den Dienst zahlreiche Nachteile im Dienste gegenüber. Dadurch, daß nahezu jede Pflegerin verheiratet ist und im Falle der Schwangerschaft auf drei Monate Urlaub Anspruch hat, ergeben sich für die Diensteinteilung große Schwierigkeiten; auch scheint die Kontrolle über das sich krank meldende Personal keine sehr strenge zu sein — es wohnt ja außerhalb der Anstalt; dazu kommt eine ständige Stichelei der Pfleger im Syndicat gegen ihre nicht organisierten Kollegen. In einer Nummer der Verbandszeitung „La Tribune des travailleurs municipaux et départementaux" (es erscheint noch eine zweite Zeitung „L'ouvrier sanitaire") finde ich gleich einen Hetzartikel gegen die nicht dem Syndicat angehörigen Pfleger; der Ton ist ein ziemlich derber; der Verfasser spricht da von Renegaten, von feiger Undankbarkeit und sagt u. a.: „Je me serais évité la peine de faire à ces individus, presque illettrés le plus souvent, l'honneur d'une réponse, sachant à l'avance que j'ai mille chances pour une de ne pas être compris par eux et qu'il est superflu de perdre son temps à leur tenir un raisonnement quelconque aussi conforme soit-il à la justice et à la vérité etc. . . ."

Daß ein derartiger Ton unter dem Pflegepersonal auch auf dienstliche Verhältnisse abfärben muß, ist klar und man versteht wohl den Ausspruch eines Kollegen, daß zur Zeit, da man noch Angehörige religiöser Orden zur Pflege heranziehen konnte, in dieser Beziehung das Leben in den Anstalten viel leichter gewesen sei.

Über die Dienstesobliegenheiten, über die Art des Vorrückens, über die Pensionsverhältnisse des Pflegepersonals bestehen eingehende Bestimmungen. Mir erscheinen daraus folgende besonders bemerkenswert. Das Pflegepersonal steht unter doppelter Autorität: der des Direktors für alles, was die allgemeine Disziplin der Anstalt betrifft, der des Chefarztes für die Angelegenheiten des ärztlichen Dienstes, Ordnung auf den Abteilungen usw.; das Gesetz sieht allerdings Meinungsverschiedenheiten vor, bei denen die Entscheidung auf den Bericht des Direktors der Préfet du Département fällt. Die Bestimmungen über Strafen, die das Pflegepersonal erhalten kann, decken sich im allgemeinen mit denen, wie sie in deutschen Anstalten gebräuchlich sind; Ermahnung, Tadel mit Eintragung in die Personalakten und Verminderung des jährlichen Urlaubs können allein vom Direktor auf Antrag des Chefarztes ausgesprochen werden; die schwereren Strafen müssen auf den Antrag des Direktors hin vom Préfet (was etwa dem Regierungs- oder Bezirkspräsidenten entspricht) ausgesprochen werden, der den Vorsitz eines Disziplinargerichtshofes führt, gebildet aus den Direktoren (Departementsvorständen) einer Präfektur. Vorher muß dem angeschuldigten Pfleger Gelegenheit zur Verteidigung gegeben worden sein. Allerdings kann der Pfleger sofort vom Dienste suspendiert werden. Das Pflegepersonal ist gehalten, dem Unterrichte beizuwohnen, da nur ein erfolgreiches Examen am Ende des Schuljahres das Recht auf Aufrücken in die Grade des Oberpflegers oder dessen Stellvertreters gibt. Der Unterricht, über den ein genaues Programm existiert, umfaßt als Gegenstände: Verwaltung, Anatomie und Physiologie, Hygiene, allgemeine Krankenpflege (kleine Chirurgie, Geburtshilfe), Irrenpflege, Apothekendienst. Pfleger, welche das Minimum von zehn Punkten bei der schriftlichen Prüfung über allgemeine Krankenpflege und Irrenpflege nicht erreichen, werden „eliminiert".

Das Aussehen der Anstalten ist sehr ungleich; neben uralten Gebäuden trifft man ganz gefällige moderner aussehende Pavillons, aber auch dort, wo man etwas Modernes schaffen wollte, wie in der An-

stalt Maison Blanche, blieb man noch weit entfernt vom gefälligen Charakter der neuen deutschen Anstalten. Dies wird hauptsächlich auf zwei Gründe zurückgeführt; der eine, der u. a. auf die aus der Zeit Ludwigs XIV. stammenden, im Stil durchaus reinen Bauten der Salpêtrière zutrifft, ist der, daß diese Gebäude als „monuments historiques" anzusehen sind und deshalb nicht umgeändert werden dürfen. Der andere Grund — und dies berührt im reichen Frankreich sehr merkwürdig — ist Geldmangel; deshalb wird die geplante siebente Anstalt wohl noch einige Zeit auf sich warten lassen, trotzdem viele nach Paris zuständige Geisteskranke in die Provinzialanstalten überführt werden müssen. Ich glaube allerdings, daß da noch andere Ursachen mitspielen; so fortschrittlich in vielen Dingen der Franzose ist, so vollzieht sich die Entwicklung doch nicht im zähen gleichmäßigen Tempo, sondern mehr sprungartig, weil der Respekt vor der Tradition ein zu großer ist; es müssen schon intensive Unlustgefühle aufgehäuft sein, damit dieser Widerstand überwunden wird. Die gewünschte Änderung wird wohl auch nicht mit dem gehörigen Nachdruck erkämpft; ich kann mir wenigstens nicht denken, daß man die dringend nötige Umänderung der Infirmerie spéciale du Dépôt nicht erreichen sollte. Es ist dies die Aufnahmestation für alle psychischen Erkrankungen, die aus irgendeinem Grunde (wie Hilflosigkeit, Bewußtseinstrübung, Exzesse usw.) das Eingreifen der Polizei nötig machten. Man stelle sich nun vor, daß in elf Einzelzimmern der Männer und in sechs Einzelzimmern der Frauen 2000 bis 2500 Aufnahmen pro Jahr untergebracht werden sollen und daß die hygienischen Verhältnisse jeder Beschreibung spotten! Daß auch der Transport von der Infirmerie spéciale in die Anstalten — man bedenke, daß es sich da vorwiegend um frisch erkrankte, delirante, zum Teil hinfällige und gebrechliche Kranke handelt! — zuweilen des allernotdürftigsten Komforts entbehrt, sei nur nebenbei erwähnt. Die inneren Einrichtungen der Anstalten sind sehr ungleich, da sie hauptsächlich von der Stellung des Chefarztes der Abteilung zu den modernen Hilfsmitteln der Psychiatrie abhängen. Isoliert wird nahezu überall; als Kuriosum zeigte mir Herr Dr. Deny, Chefarzt einer psychiatrischen Abteilung der Salpêtrière, im Garten eine Anzahl von kleinen Häuschen mit je zwei Türen, die man seinerzeit zur Isolierung der Kranken erbaute und die heute unbenutzt dastehen; recht pessimistisch fügte aber Deny hinzu, er wisse nicht, ob nach seinem Weggange sie nicht wieder in Benutzung kämen!

Die Einrichtungen für Dauerbäder sind, soweit ich sie überhaupt angetroffen habe, noch weit entfernt von der Vollkommenheit, mit der man sie in Deutschland auszustatten versucht; ich glaube dabei allerdings, daß zunächst die Idee des Dauerbades sich noch nicht genügend Platz erobert hat und daß man auf den wesentlichen Wert dieser Einrichtung noch gar nicht gekommen ist. In einzelnen Abteilungen werden allerdings Dauerbäder gegeben; die Wannen, aus verrostendem Metall, sind eng und klein, komplizierte Mischvorrichtungen bestehen nicht. In vielen Anstalten sind die Deckelbäder im Gebrauche.

Neben diesen ungenügenden Einrichtungen habe ich aber auch Anstalten gesehen, die in ihrer Art als etwas Vollkommenes angesehen werden müssen. In der Anstalt Villejuif ist seit kurzer Zeit eine Abteilung für gefährliche Geisteskranke (aliénés difficiles) unter dem Chefarzte Dr. Colin in Betrieb, die etwa unseren Verbrecherpavillons an die Seite gestellt werden kann; den Ausdruck „aliénés criminels" hat man absichtlich vermieden; er deckt sich nicht mit dem Zwecke dieser Abteilung, da z. B., wie Colin in seinem Berichte hervorhebt, Paralytiker sehr wohl Verbrecher sein können, ohne daß sie in einer gewöhnlichen Irrenabteilung irgendwelche erheblichen Schwierigkeiten machen. Colin unterscheidet in seinem Krankenmaterial dreierlei Gruppen:

1. Gewohnheitsverbrecher, zugleich „les habitués des Asiles", Psychopathen, Epileptiker und Hysteriker mit seltenen Anfällen;

2. Alkoholiker und Epileptiker mit Neigungen zu exquisit gemeingefährlichen Handlungen;

3. Kranke mit Wahnideen, die sich unter dem Einflusse ihrer Wahnideen zu verbrecherischen Handlungen hinreißen ließen.

Für alle diese Kranken hat Colin in seiner Abteilung einen Dienst eingerichtet, der im wesentlichen auf genauester Überwachung und auf Beschäftigungstherapie basiert ist, und man muß es zugestehen, daß es Colin geglückt ist, auf diesen Voraussetzungen etwas sehr Gutes zu schaffen. Zunächst ist man über den Umfang, in dem die Arbeitstherapie durchgeführt ist, ganz überrascht; es existieren da alle möglichen kleinen Werkstätten, dann Ateliers für die Erzeugung von Pantoffeln, für Stuhlflechterei usw. In zwei Pavillons sind 55 Plätze vorhanden, und ich glaube, daß die Mehrzahl der Kranken beschäftigt ist; das macht einen außerordentlich günstigen Eindruck, und es ist nur zu wünschen, daß Dr. Colin durch die Erfahrungen der Zeit nicht genötigt werde, seinen Arbeitsbetrieb

einzuschränken; Komplotte, Entweichungsversuche wurden bisher durch die Wachsamkeit des Pflegepersonals vereitelt.

Ein breiter Graben, eine hohe Mauer und jenseits dieser noch eine Palisade, um die Kommunikationen der Internierten mit der Außenwelt abzuschließen, umgeben das Terrain, soweit es nicht direkt an die Anstalt Villejuif angrenzt. Die Pavillons enthalten neben den Arbeitsräumen kleine Wachsäle, viele Isolierzimmer, darunter solche mit einzementierten eisernen Bettstellen, Tagräume, Spülküchen usw. An einzelne Isolierzimmer sind Isoliergärten angeschlossen, deren Umzäunung in der Höhe aus Drahtglas besteht, so daß bei Entweichungsversuchen keine Angriffsflächen, sogen. „Griffe", geboten werden. Trotz aller dieser Sicherheitsmaßregeln machen diese Pavillons, denen noch mehrere beigefügt werden sollen bis zu einer Belegzahl von 150 bis 200 Männern und 50 Frauen, keinen so unangenehmen und düstern Eindruck, wie manche der deutschen Verbrecherpavillons; ich glaube allerdings, daß mehr als in irgendeinem anderen Zweige der praktischen Psychiatrie die Persönlichkeit des Chefarztes in einer Abteilung für derartige Kranke das Aussehen seiner Abteilung bedingt, weil gerade zum Umgange mit diesem diffizilen Krankenmaterial ein besonderes Geschick gehört.

Einem ganz anderen Patientenkreise ist ein anderes Etablissement bestimmt, das auf mich einen ausgezeichneten Eindruck gemacht: das Sanatorium Rueil der Ärzte Dr. Antheaume und Bour. Es umfaßt eine ganze Anzahl von sehr gefällig aussehenden Pavillons in einem 6 ha großen Parke, der ehemals zum Schlosse Malmaison gehörte. Läßt das äußere Bild dieses Sanatoriums schon nichts zu wünschen übrig, so ist man doch noch überrascht von der Zweckmäßigkeit der inneren Einrichtung. Auf ausgedehnten Reisen durch Deutschland, Holland, Belgien und England haben die beiden leitenden Ärzte alle modernen Hilfsmittel und Einrichtungen der Kliniken und Anstalten kennen gelernt; sie hatten aber auch genug Energie, um diese Dinge in ihr Sanatorium, das sie vollendet gestalten wollten, einzuführen; aus Deutschland bezogen sie Linoleum, Bettstellen, die Rahmen für die Hitzigschen Fenster, verschiedene Möbel usw. Noch umfangreicher war aber der Import von deutschen Ideen. Mit äußerster Umsicht wurde beim Bau verfahren; man vergaß nicht die akustischen Probleme: ein Raum wurde durch doppelte Wände und Fenster sowie eine gefällige Bespannung der Decke mit Leinen nahezu schalldicht gemacht, ein Einzelzimmer erhielt eine sehr elastische Täfelung mit Parkettbrettern, kurz, man sieht eine große Fülle von wohldurchdachten Details. Gegenüber den Zuständen, die in anderen französischen Privatirrenanstalten herrschen sollen (Zwangsjacke, Duschen, Zellen usw.), bedeutet die Eröffnung dieses Sanatoriums einen sicheren Fortschritt, wenn es auch mit seinen hohen Pensionspreisen von mindestens 25 Frs. täglich nur auf ein ausgewähltes Publikum rechnen kann.

In der Abteilung des Dr. Legrain in Ville-Evrard sah ich mehrere bemerkenswerte Einrichtungen. Auf eine geschickte Art hat er Wachsaalbehandlung mit Isolieren dadurch zu vereinigen gewußt, daß er eine Anzahl von Boxes schuf, von denen jede ein Bett birgt. Die trennenden Wände reichen bis an die Decke, nach vorn münden die Boxes in einen Korridor mit sehr vielen Fenstern; Waschgelegenheit und Klosett befinden sich am Ende des Korridors; durch diese Einrichtung ist es einerseits möglich, die Kranken voneinander zu separieren, was in vielen Fällen sicher erwünscht und oft von Kranken gefordert wird, andererseits ist die Methode des Isolierens vermieden, bei der man die Kranken aus dem Auge verliert, sondern es ist noch immer eine ausreichende Beaufsichtigung möglich. Ein ähnliches System wendet Legrain für die Behandlung der Tuberkulosen an, nur daß es sich hier um eine Reihe von sehr luftigen Einzelzimmern mit gläsernen Zwischenwänden handelt; große Schiebetüren gestatten es, das Bett direkt ins Freie zu bringen; die Beaufsichtigung ist bei den gläsernen Wänden leicht durchführbar. Daß Legrain in seiner hauptsächlich für Alkoholiker bestimmten Abteilung an den Wänden der Tagräume Inschriften hat anbringen lassen, wie „L'absinthe rend épileptique et pousse au crime", „L'Abstinence c'est la santé de l'esprit et du corps" usw. sei nur nebenbei erwähnt.

Das wissenschaftliche Leben der Pariser Psychiater spielt sich in drei Gesellschaften ab, die dem Namen nach auch in Deutschland bekannt sind: der „Société médico-psychologique", der „Société clinique de médecine mentale" und der „Société de psychiatrie de Paris".

Durch einen besonderen Zufall war es mir möglich, Sitzungen aller dieser drei Gesellschaften beizuwohnen; die Société médico-psychologique, deren Zeitschrift die in Deutschland sehr verbreiteten „Annales médico-psychologiques" sind, ist von diesen Gesellschaften die äußerlich vornehmste und sicherlich konservativste. Die Sitzungen, die immer theoretisch sind und bei denen nie Krankenvorstellungen

stattfinden, werden im sehr eleganten Hause der Société de chirurgie abgehalten und machen den Eindruck von Verhandlungen eines Herrenhauses. Das klinische Pendant zu dieser Gesellschaft ist die Société clinique de médecine mentale, die ein eigenes Bulletin herausgibt und deren Versammlungen bezw. Demonstrationen im Asile clinique de St. Anne stattfinden; interessante Fälle, deren Krankheitsgeschichte im Bulletin publiziert werden, bilden den Gegenstand der Demonstrationen. Auf einem anderen Boden steht die Société de psychiatrie de Paris; ihr Organ ist das von Antheaume, Déjérine und Gilbert-Ballet herausgegebene „Encéphale", die Sitzungen finden im Hörsaale der Klinik Gilbert-Ballets statt. Diese Gesellschaft ist weitaus die fortschrittlichste, ihr gehören die Pariser Anhänger Kraepelins an, dessen Lehren in der Société médico-psychologique viel bekämpft wurden.

Die klinische Verständigung mit französischen Psychiatern wird einem Kraepelinschüler nicht leicht; die Kollegen jenseits des Rheins stehen zum großen Teil auf rein symptomatischem Boden, den man sich wohl für die Augenblicksdiagnosen der Infirmerie spéciale z. B. gefallen lassen kann, der einem aber als Endprodukt doch nur unzureichende Erkenntnisse liefern kann. Auf diese Art kann ein Fall einmal unter der Bezeichnung „déséquilibration mentale, des idées de persécution et surtout de grandeur et des hallucinations psychiques", ein andermal unter dem Ensemble „délire polymorphe avec idées mystiques, ambitieuses et de persécution chez un dégénéré" gehen. Gegenüber derartigen Anschauungen gewannen Kraepelins Lehren nur sehr schwer an Platz; die französischen Psychiater haben sich seinerzeit schon am Wort „démence précoce" gestoßen, heute finden sie den Ausdruck „folie maniaque-dépressive" „mal fait et peu élégant". Wie aber aus den Ergebnissen einer Enquête von Rémond und Voivenel „Essai sur la valeur de la conception Kraepelinienne de la manie et de la mélancolie" (Annales médico-psychologiques nov.-déc. 1910 und janv.-févr. 1911) hervorgeht, hat ein großer Teil der befragten Psychiater die Anschauungen Kraepelins wohl mißverstanden.

Für das Durchsetzen der Kraepelinschen Anschauungen bestehen aber noch nach einer anderen Richtung hin Schwierigkeiten, die meiner Meinung nach noch immer viel zu wenig beachtet werden, das ist die Verschiedenheit des Materials. Bei den klinischen Demonstrationen in den erwähnten Gesellschaften, bei Untersuchungen in der Infirmerie spéciale bin ich immer wieder auf Fälle gestoßen, die in Deutschland recht selten sind; das sind Fälle, die der Kraepelinschen Paranoia nahe stehen, aber eine etwas raschere Entwicklung zeigen, ohne dabei auch nach langjährigem Verlaufe (15 bis 20 Jahre) dement zu werden. Es ist klar, daß man da mit Worten „paranoide Demenz" oder „Paranoia" wenig ausrichtet. Der Wunsch nach einer vergleichenden Psychiatrie wird einem dabei aufgedrängt.

Die reiche Fülle von Eindrücken, die man während eines längeren Aufenthaltes in Paris gewinnt, zu besprechen, gehört nicht in den Rahmen dieser Zeitschrift. Nur auf eines sei noch hingewiesen: das ist die Gefahr der Zentralisation. Man kann wohl sagen, daß das geistige Leben Frankreichs sich im wesentlichen in Paris abspielt, und daß infolgedessen Paris für jeden begabteren oder ehrgeizigen Franzosen eine beinahe dämonische Anziehungskraft besitzt. Nur hier kann er sich den Weg in die Höhe bahnen. Ist das Leben in einer Großstadt vom volkshygienischen Standpunkt aus schon an und für sich schädlich, so trifft dies erst recht in Paris zu, wo Alkohol und Lues zu tausenden ihre Opfer finden und wo die Art der Lebensführung über die natürlichsten Grundbedingungen eines biologisch wertvollen Daseins sich hinwegsetzt. Wenn es wahr ist, was man oft zu hören bekommt, daß die Entwicklung Frankreichs derjenigen der Deutschen um zwei bis drei Menschenalter voraus sei, dann müssen wir uns beeilen, von Frankreich zu lernen, damit manche Schädlichkeit vermieden und uns unsere Gesundheit erhalten werde.

Georg Chr. Schwarz †.

Von *Adolf Ringling*, Oosscheuern-Baden-Baden.

Am 12. Oktober d. Js. erlag ein bekannter eifriger Förderer der Arbeitstherapie, Georg Chr. Schwarz, in Straßburg (Els.) im Alter von 44 Jahren einem tückischen Nierenleiden. Der an Geist wie Gemüt, als Schriftsteller und Arbeitsinstruktor wie als Mensch gleichermaßen außergewöhnliche Mann stand mir seit fast zehn Jahren recht nahe. Erst fand ich nach mehrjährigem sehr schwerem Nervenelend sein Buch:

Das einzige Heilmittel bei Nervenleiden*), Verlag G. Strübig, Leipzig, das mich vor sicherem Untergang bewahrte. Etwas später lernte ich ihn persönlich kennen. Er wurde mir zum uneigennützigen Berater und zum Lehrer auf dem fast unbegrenzten Gebiet weitschauender Nervenpflege und dann als treuer, älterer Freund in vielfach schwerem Daseinskampf eine starke weitere Stütze. Aufrichtige Verehrung und Dankbarkeit drängen mich, dem Verstorbenen, seinem Wirken und Schaffen, in das ich mich mit größtem Interesse einlebte und woran ich auch manch tätigen Anteil nahm, an dieser besonderen Stelle einige Worte zu widmen. Mögen sie als ein Dank im Namen aller Nervenkranken betrachtet werden, für die er gelebt hat und eine Mahnung sein, die von ihm vertretene mehr als wichtige Sache gebührend zu würdigen und weiter und völlig auszubauen.

In seinem „Heilmittel" hat Schwarz in kurzen Umrissen ein Bild seiner Jugend und der Entwicklung seiner Krankheit gegeben. In einem kleinen Landorte wuchs er mit einer starken und hier kräftig Wurzel fassenden Neigung für das Einfache und Natürliche als Sohn eines Oberförsters auf. Forstmann zu werden war für ihn bald eine ausgemachte Sache. Doch ein schweres Nervenleiden, als dessen Gelegenheitsursache er eine langwierige Nasenrachenaffektion und die vergeblichen Versuche ihrer Beseitigung auf operativem Wege ansah, bereiteten diesem Zukunftstraum ein schlimmes Ende. 1887 zwang es ihn, dem Ziel nicht mehr fern, zum Verlassen des Gymnasiums. Etwas erholt, trat er in eine Berliner Buchhandlung ein. Fortschreitende Entkräftung machte nach Verlauf nicht ganz eines Jahres die Niederlegung auch der neuen Berufsarbeit nötig. Nun ging es trotz fortgesetzter ärztlicher Behandlung und allen möglichen Kuren und Versuchen schnell abwärts. Im Winter 1893/94 lag er, gänzlich erschöpft, unter quälenden Beschwerden und aufs Schneidergewicht abgemagert, monatelang zu Bett, von den Angehörigen bereits völlig aufgegeben. Doch er selbst gab sich nicht auf. Was ihn aber innerlich hochhielt und vor dem Versinken bewahrte, das war neben seiner gediegenen Weltanschauung und seinem nie versiegenden Humor vor allem das unerschütterliche, kraftvoll-tätige Wollen und Suchen wieder hochzukommen und in tüchtiger Arbeit seinen Mitmenschen Nützliches zu wirken. Und sein rastlos forschender und ringender Geist blieb Sieger, fand endlich das Licht und die rechte, zur Gesundheit führende Erkenntnis.

Als ersprießlichste Pflege geschwächter und schwacher Nerven hatte Schwarz die Regelung der Tätigkeit „als des gesamten Tuns und Lassens im Bereich des Körperlichen und des Seelischen", die Regelung der außerwesentlichen wie wesentlichen Arbeit, also ein harmonisches, individuell verschiedenes Verhältnis zwischen vorhandenem Kraftmaß und Betätigung oder, kurz gesagt, die rechte Arbeit erkannt. Ohne Zögern setzte er die gewonnene Erkenntnis aus den kleinsten, seiner übergroßen Schwäche gerecht werdenden und doch umfassenden Anfängen heraus mehr und mehr in die Tat um. Unbeirrbar und mit zäher Ausdauer ging er in der Folge in guten wie schlimmen Tagen den zur Gesundung führenden Weg, bis schließlich nach langem und oft recht ermüdendem Kampf das Ziel erreicht war.

So hatte Schwarz die ganze Not schwerer Nervenkrankheit durchkosten müssen, hatte in harter Schule die Bedürfnisse der nervenschwach Gewordenen und die große soziale Bedeutung der Nervosität kennen gelernt. Als seine heilige Pflicht betrachtete er es von nun an, den Leidensgenossen als Schriftsteller ein Wegweiser zu werden und für die als dringend notwendig erkannten Volksnervenheilstätten und für eine Reform der bestehenden Sanatorien für Nervenkranke einzutreten. Den „Stiefkindern" unter den Kranken, vor allem den hilflosesten und hilfsbedürftigsten wollte er ein Anwalt, Fürsprecher, ein helfender Freund werden. Und mit den ersten wiederkehrenden und nach besten Kräften führte er ihre Sache unermüdlich und nicht ohne Erfolg mit viel und tiefem Verständnis, klarem Blick und warmem Herzen.

1895 trat Schwarz zum ersten Mal mit den eigenen Gedanken über die Behandlung der Nervenkranken vor die Öffentlichkeit. 1899 bot er sie ihnen in dem „Heilmittel", das mit einführenden Worten Pelmans ins Schwedische übersetzt worden ist, unter ganz besonderer Berücksichtigung der am schwersten heimgesuchten, enttäuschtesten und darum hoffnungslosesten, in meisterhafter Geschlossenheit, Abrundung und Form. Eifrig befürwortete er in dieser Schrift auch öffentliche Nervenheilanstalten für Minder- und Unbemittelte. Sehr eingehend begründet wurde diese Forderung neben anderem von ihm in der 1903 erschienenen, an die Ärzte und alle Förderer des Gemeinwohls gerichteten Broschüre: Über Nervenheilstätten und die Gestaltung der Arbeit als Haupttheilmittel, Verlag J. A. Barth, Leipzig. 1907

*) Der wenig glücklich gewählte Titel war vor der Drucklegung auf Veranlassung des Verlegers darauf gesetzt worden.

veröffentlichte er in den Nummern 38/46 der Psych.-Neurolog. Wochenschrift in Form einer Artikelserie eine trotz aller Kürze ausgezeichnete annähernd monographische Darstellung der Arbeitstherapie. In einem größeren nachgelassenen Aufsatz, der demnächst in dieser Zeitschrift erscheinen wird, nahm Schwarz als ein Vertreter der Arbeitstherapie Stellung gegen die reine Psychotherapie.

Nach der Bitterkeit der langen Krankheit und mancherlei herben Enttäuschungen erlebte er als Schriftsteller die Genugtuung, seine Darlegungen und sein Streben seitens vieler und wirklich sachverständiger Ärzte anerkannt und beifällig aufgenommen zu sehen. So nannte z. B. P. J. Möbius seine Schriften sehr gut und ihn selbst öffentlich seinen verständnisvollen, wackeren Bundesgenossen, dessen uneigennützige Arbeit wahrlich des Lobes wert sei. Von einer Unzahl Kranken, denen er, so weit es not tat, stets nach bestem Können, voller Verständnis, freudwillig und mit größter Geduld beistand, hörte er zu seiner Freude, seine Lehre habe ihnen zum Heile gereicht, habe ihr Wollen zu zielsicherem, gedeihlichem Tun geführt, manche selbst in schwerem Siechtum in der Hauptsache auf sich selbst gestellt und zur Berufsfähigkeit zurückgeführt. Dauernd schmerzlich war es ihm, die Mittel nicht zu besitzen und den Beistand nicht zu finden, gemeinsam mit einem gleichgesinnten, fähigen Arzte seinen Leidensgenossen eine vorbildliche Heilstätte und daran anschließend weitere Organisationen zur Linderung nicht nur der reinen Nerven-, sondern auch der oft genug nebenhergehenden wirtschaftlichen Not schaffen zu können.

Von 1904 bis 1908 war Schwarz im Sanatorium Schirmeck (Els.) als Arbeitsinstruktor tätig. Die dann folgenden vier letzten Lebensjahre — es waren seit der Erkrankung seine glücklichsten — amtierte er als Direktionssekretär in der Illenau.

Der Arbeitstherapie fehlt im Gegensatz zu den meisten anderen Behandlungsformen alles, was sie bei der Menge schnell in Mode bringen könnte. Ihre einfache Gewandung hat nichts Blendendes und Bestechendes an sich. Doch gerade unter den kritischsten und gediegensten Köpfen zählt sie ihre Freunde und mehren sich ihre Anhänger. Ganz aber wird man ihren und damit den hohen Wert der Schwarzschen Lebensarbeit erst erkennen, wenn die medizinische Wissenschaft bei genügender Würdigung der überragenden Bedeutung des Nervensystems als Hauptträger der lebendigen Kraft die Therapie der chronischen Krankheiten überhaupt unter angemessener Mitbenutzung der Arbeitstherapie als fundamentierendster, natürlichster, unentbehrlichster und vornehmster Erhaltungs- und Heil- implizite Erziehungskunde ausgebaut haben wird. Siegreich wird dann, und die Zeit wird kommen, die Therapie für funktionell Nervenleidende die Herrschaft ausüben, die ihr gebührt.

Ein krimineller Fall vom klinischen und gerichtspsychiatrischen Gesichtspunkte betrachtet.

Von Dr. *Georg Eisath*, Hall (Tirol).

(Schluß.)

Nun noch einiges über die gerichts-psychiatrische Bedeutung des vorliegenden Falles. Bemerkenswert ist das Verhalten der Richter gegenüber den beiden abgegebenen Gutachten. Jenes Gutachten, welches die Fachmänner in der Anstalt nach wochenlanger klinischer Beobachtung abgegeben hatten und welches auf verminderte Zurechnungsfähigkeit lautete, wurde nur mit Mißtrauen angenommen und die Sachverständigen wurden nachträglich noch ausdrücklich befragt, ob sie gesonnen sind, bei ihrer Begutachtung zu bleiben. Hingegen jene Meinung, welche der richterliche Sachverständige, der nicht Fachmann war, nach ein paar Besuchen in der Haft sich gebildet hatte, paßte den Richtern sehr wohl zu ihrer Amtshandlung, und sogleich wurden die sich ergebenden Konsequenzen gezogen und in die Tat umgesetzt.

Dasjenige, was auf uns Anstaltsärzte, die man von der Begutachtung ganz auszuschalten trachtet, einen sehr tragischen Eindruck macht, ist im vorliegenden Fall der Umstand, daß die Richter jenes Gutachten, welches eine augenfällige Fehl-Diagnose enthält und in welchem auf Grund dieser Fehl-Diagnose so weitgehende Folgerungen gezogen werden, jenem Gutachten vorziehen, welches in fachmännischer Weise die Krankheit richtig erkennt und beurteilt.

Es soll dadurch dem Richterstand in keinerlei

Weise ein Vorwurf gemacht werden, denn der Richter ist nicht Psychiater und man kann von ihm nicht verlangen, daß er sich über einen Geisteszustand jedesmal ein selbständiges Urteil bildet. Es liegt einmal in der Natur der Sache, daß der Richter jedes Gutachten mehr nach der Möglichkeit einer bequemen Rechtsprechung, als nach dem wissenschaftlichen und sachgemäßen Inhalt bewertet. Aber zur Rettung unserer Standesehre soll hier betont werden, wie man es den Anstaltsärzten macht. Wenn diese ein sachlich begründetes wissenschaftlich unanfechtbares Gutachten abgeben und im gleichen Fall wird von einem anderen fachmännisch nicht gebildeten Sachverständigen ein anderer, wissenschaftlich nicht stichhaltiger Befund erhoben, so heimst der andere die Ehren ein und gilt als der große Mann, dem der Richter das volle Vertrauen schenkt, während man die Anstaltsärzte für befangen erklärt und trachtet, sie als Sachverständige vollends abzusetzen.

Der Fall Schöpf ist gerichts-psychiatrisch noch von einem anderen Gesichtspunkte aus ungemein wichtig. Aller Voraussicht nach bekommen wir bald ein neues Strafgesetzbuch. Im österreichischen Vorentwurf handelt der § 36, wie ich aus der gerichtlichen Psychiatrie von Bumke entnahm, über die Unterbringung der Geistig-Minderwertigen, wohin wir Schöpf rechnen müssen. Dieser Paragraph lautet: „Ein Geisteskranker oder Trunksüchtiger, der eine strengere als mit sechs Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen hat und wegen Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nicht verfolgt oder verurteilt werden kann, wird an eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abgegeben usw." Für ähnliche Kranke mit verminderter Zurechnungsfähigkeit, welche im Entwurfe auch vorgesehen ist, gelten dieselben Bestimmungen.

Schöpf war, wie aus den vorausgegangenen Mitteilungen ersehen werden kann, durch Jahre hindurch das Unheil und der Schrecken unserer Anstalt. Für solche Fälle haben wir eben die staatlichen Anstalten für verbrecherische Geisteskranke immer und immer wieder gefordert. Es plagte mich selbstverständlich die Neugier, ob es nach dem neuen Strafgesetzbuch wohl möglich sein wird, Kranke von solcher Art auch tatsächlich in die staatlichen Anstalten einzuweisen. Darum wandte ich mich an einen Fachmann, an einen Strafrichter.

Seinerzeit hatte sich Schöpf wegen Diebstahl, Falschmeldung, Landstreicherei, sowie gewerbsmäßiger Unzucht vor Gericht zu verantworten. Von allen diesen gerichtlichen Tatbeständen ist auf den Diebstahl die größte Strafe gesetzt, und zwar von einer Woche bis zu sechs Monaten. Wie wir sehen, hatte das Mädchen trotz der vielen polizeilichen und gerichtlichen Schwierigkeiten keine Strafhandlung verübt, die nach den Bestimmungen des gegenwärtigen österreichischen Strafgesetzbuches mit einer Freiheitsstrafe von mehr als sechs Monaten bedroht ist. Demnach wäre also die Voraussetzung und die Möglichkeit nicht gegeben gewesen, Schöpf in einer staatlichen Irrenanstalt für verbrecherische Irre unterzubringen. Nach diesem überraschenden Ergebnis dachte ich natürlich an die Möglichkeit, daß der neue Strafgesetzentwurf vielleicht doch die Gelegenheit vorsieht, derartige Anstaltsinsassen der staatlichen Anstalt zu überweisen. Da wurde mir vom Strafrichter zur Antwort gegeben, daß im neuen Strafgesetz im Durchschnitt ein viel milderes Strafausmaß festgesetzt ist, als im gegenwärtigen. Wenn also Schöpf nach dem alten Strafgesetz noch nicht reif war zur Aufnahme in eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre, so wird sie es nach dem neuen Strafgesetz erst recht nicht sein. Diese Enthüllung wirkte auf mich ganz verblüffend. Es handelt sich bei Schöpf um einen Schulfall, wie er klassischer nicht vorkommen kann und doch hätte das barbarische Mädchen nicht in die Staatsanstalt abgeschoben werden können. Ja, wenn man den Heilanstalten solche Fälle nicht abnimmt, dann brauchen wir überhaupt keine staatlichen Anstalten für verbrecherische Irre.

Es soll hier auf einen Kardinalfehler hingewiesen werden, welcher von den Gesetzgebern bei der Verfassung des Vorentwurfes zu einem neuen österreichischen Strafgesetzbuch gemacht wurde. Die Gesetzgeber wollten offenbar einen Riegel schieben, damit nicht allzuviel verbrecherische Geisteskranke in die Staatsanstalten eingebracht würden. Hierzu machten sie die Größe der Strafe zum Maßstab. Die Anwendung eines solchen Maßstabes muß jedoch als ein bedauerlicher und sehr verhängnisvoller Mißgriff bezeichnet werden. Jeder erfahrene Anstaltsarzt weiß, daß Vatermörder, Gattenmörder usw., welche nicht nur mit einer Strafe von mehr als sechs Monaten bedroht sind, sondern sogar zum Galgen verurteilt werden können, in der Anstalt oft recht zahme und gefügige, sogar auch sehr brauchbare und arbeitsame Anstaltsinsassen sein können. Wir hatten durch viele Jahre hindurch einen Mann im Haus, welcher seine Frau mit Fußtritten zu Tode gestampft hatte und nach Ablauf des akuten Krankheits-

zustandes ein sehr friedfertiges, gewinnendes Benehmen zeigte. Es wäre uns nie eingefallen, für diesen Kranken die Errichtung einer Staatsanstalt für verbrecherische Irre zu verlangen. Wohl aber ist es unsere Pflicht, Elemente von der Art einer Schöpf aus unseren Heilanstalten fernzuhalten.

Wie wohl begründet und menschenfreundlich diese unsere Forderung ist, soll durch Aufzählung einiger Ausschreitungen, welche Schöpf in unserer Anstalt durch Jahre hindurch beging, bewiesen werden. Es können natürlich nur Einzelheiten erwähnt werden. Wollte ich erschöpfend sein, müßte ich die ganze Dauer dieser Sitzung allein in Anspruch nehmen. Vorerst soll mitgeteilt werden, welche Frechheiten sie sich den Ärzten gegenüber zuschulden kommen ließ.

Einmal warf sie dem Arzt die Schere nach, ein anderes Mal erhob sie einen Schemel, um auf ihn loszuschlagen; einen Kollegen biß sie an Arm und Hand wund. Wiederholt spuckte sie die Ärzte an, einmal teilte sie Ohrfeigen aus und einmal versetzte sie dem Arzt einen Fußtritt. Wenn schon die Ärzte solchem Ungemach ausgesetzt waren, welche Behandlung werden erst die Wärterinnen und Mitkranken erfahren haben! Sie spuckte dieselben an, besudelte sie mit ausgeschütteten Speisen, zerriß ihnen die Kleider, gab ihnen Rippenstöße und Fußtritte, schlug ihnen Ohren,. Augen und Nase blau und den Höhepunkt ihrer Gewalttätigkeiten erreichte sie damit, daß sie einer Pflegerin in bestialischer Roheit einen Strang Haare ausriß, der eine Glatze von der Größe eines Guldenstückes zurückließ.

Aus dieser Entgegenstellung geht hervor, daß es ganz falsch ist, die Aufnahme in die staatliche Irrenanstalt für geisteskranke Irre von der Größe des Strafausmaßes abhängig zu machen. Die Aufnahme in eine Staatsanstalt kann im einzelnen Fall wohl erschwert, muß aber lediglich nach den Charaktereigenschaften des betreffenden Kranken beurteilt werden.

Ich schließe mit der Aufforderung, daß der österreichische Psychiater-Verband abermals sich ins Vordertreffen stellt und mit allen verfügbaren Mitteln dahin arbeitet, daß unsere Humanitäts-Anstalten nicht weiterhin von Gesetzes wegen zu den geschilderten Brutalitäten mißbraucht werden. Daher erlaube ich mir einen konkreten Antrag zu stellen:

Es wolle der Ausschuß unseres Verbandes bei den maßgebenden Behörden Schritte tun, daß für die Notwendigkeit der Einweisung in eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre nicht die Größe der angedrohten Strafe, sondern lediglich der verbrecherische Charakter des betreffenden Kranken in Betracht zu ziehen ist.

Mitteilungen.

— **Bericht über die XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Halle a. S., am 26. Oktober 1912. (Offizieller Bericht.)

Referenten: Dr. A. Gregor-Leipzig, Dr. Hans Willige-Halle.

Anwesend sind:

Abderhalden-Halle, Ackermann-Sonnenstein, Ahrens-Jena, Alt-Uchtspringe, Anton-Halle, Arndt-Meiningen, Becker-Halle, Bernstein-Halle, Binswanger-Jena, Böhmig-Dresden, Bockhorn-Nietleben, Bunnemann-Ballenstedt, Deetjen-Wilhelmshöhe, Döllken-Leipzig, v. Drigalski-Halle, Ehrke-Nietleben, Eichelberg-Göttingen, Engelken-Uchtspringe, Facklam-Suderode, Fischer-Halle, Flechsig-Leipzig, Forster-Berlin, Gänsler-Bergmannswohl, Goldstein-Halle, Grahl-Hedemünden, Gregor-Leipzig, Grund-Halle, Gericke-Greifenberg, Haasler-Halle, Haenel-Dresden, Haensel-Chemnitz, Haupt-Tharandt, Henneberg-Berlin, Hilger-Magdeburg, v. Hippel-Halle, Hoehl-Chemnitz, Hoeniger-Halle, Hoesel-Zschadraß, Hofmann-Altscherbitz, Holzmann-Hamburg, Igersheimer-Halle, Jacobsohn-Berlin, Jaeger-Halle, Jolly-Halle, Klaus-Hahnenklee, Kleist-Erlangen, Klien-Leipzig, Kramer-Berlin, Kreuser-Winnenthal, Kürbitz-Sonnenstein, Lange-Jerichow, Leppmann-Berlin, Lewandowsky-Berlin, Liepmann-Berlin, Lochner-Leipzig, Loening-Halle, Maaß-Dösen, Matthes-Blankenburg (Harz), Moeli-Herzberge, Mucha-Buchholz, Müller-Dösen, Neuendorff-Bernburg, Neuendorff-Jena, Noehte-Halle, Orland-Uchtspringe, Paetz-Altscherbitz, Papendieck-Tannenfeld, Peters-Halle, Pfeifer-Weida, Pfeifer-Nietleben, Prager-Leipzig, Quensel-Bergmannswohl, Ranniger-Waldheim, Rieth-Stralsund, Roeper-Jena, Rohde-Königsbrunn, Ruehle-Uchtspringe, Saenger-Hamburg, Schaefer-Roda, Schmidt-Altscherbitz, Schmidt-Dresden, Adolf Schmidt-Halle, Schmidt-Pfafferode, Schroeder-Berlin, Schuetz-Hartheck, Schwabe-Plauen, Seelert-Berlin, Seeligmüller-Halle, Sprenger-Greiffenberg (Schlesien), Starcke-

Berka, Stoeltzner-Halle, Tetzner-Bergmannswohl, Teuscher-Weißer Hirsch, Voelsch-Magdeburg, Voigt-Oeynhausen, Wagner-Hoppegarten, Wanke-Friedrichroda, Warda-Blankenburg i. Th., Weber-Chemnitz, Weidhaas-Oberhof, Wichura-Schierke, Wiesel-Ilmenau, Willige-Halle, Wohlwill-Hamburg, Zalozi ecki-Leipzig.

I. Sitzung vormittags 9 Uhr in der Psychiatrischen und Nervenklinik.

Herr Anton-Halle eröffnet die Sitzung, begrüßt die Anwesenden. Zum Vorsitzenden der Vormittagssitzung wird Herr Binswanger-Jena, zum Vorsitzenden der Nachmittagssitzung Herr Flechsig-Leipzig gewählt. Zu Kassenrevisoren werden die Herren Hoeniger-Halle und Facklam-Suderode, zu Schriftführern die Herren Gregor-Leipzig und Willige-Halle gewählt.

Über die Reihenfolge der Vorträge wird beschlossen, daß die Demonstrationsvorträge nachmittags stattfinden sollen. Von den ursprünglich angemeldeten 30 Vorträgen sind 9 zurückgezogen.

Vorträge.

1. Herr Flechsig-Leipzig: Über die Flächengliederung der menschlichen Großhirnrinde unter spezieller Berücksichtigung der neuerdings von Brodmann versuchten Einteilung in zyto-architektonische Felder.

Es muß auffallen, daß die Zahl dieser Felder sich annähernd deckt mit der Summe der vom Vortragenden unterschiedenen myelogenetischen Zonen (durchschnittlich 49). Hierzu kommt, daß Vortragender bereits Anfang 1904 (Einige Bemerkungen über die Untersuchungsmethoden der Großhirnrinde -- Berichte der Königl. Sächs. Gesellsch. d Wissenschaften — Sitzung vom 11. Januar 1904, S. 70), generell betont hat, daß diese Felder nicht nur durch ihre besondere Entwicklungszeit und durch ihre leitenden Verbindungen, sondern auch durch einen besonderen Bau (Form und Anordnung der Ganglienzellen) sich unterscheiden. Berücksichtigt man ferner, daß die von Brodmann unterschiedenen Felder sich zum Teil vollkommen, zum Teil in der Hauptsache nach Lage und Größe mit den vom Vortragenden weit früher abgebildeten decken, so ist ohne weiteres ersichtlich, daß die Brodmannsche zyto-architektonische Einteilung im wesentlichen nichts anderes darstellt, als eine etwas veränderte Nachahmung der myelogenetischen Felder des Vortragenden. Die von Brodmann gezogenen Grenzlinien, welche sich auf den verschiedenen myelogenetischen Skizzen des Vortragenden nicht finden, erweisen sich bei Nachprüfung als höchst unzuverlässig: teils sind sie überhaupt nicht aufzufinden, teils ist ihre Allgemeingültigkeit durchaus unerwiesen — ganz abgesehen davon, daß die funktionelle Bedeutung der von Brodmann betonten und von ihm angeblich zuerst aufgefundenen Strukturunterschiede gänzlich hypothetisch ist. Da Brodmann außerdem wirklich vorhandene zyto-architektonische Grenzen vielfach übersehen hat (z. B. in der Insel, im Hinterhauptslappen etc.), so erweist sich seine Einteilung als weit weniger zuverlässig, als die myelogenetische. Brodmann hat von seinen 52 zytoarchitektonischen Typen überhaupt nur acht abgebildet. In seinen sämtlichen Mitteilungen gibt er zwar insgesamt 44 Abbildungen von Rindenstrukturen des Menschen. Davon betreffen indes 18 die Rinde der fissura calcarina (area striata), 21 die Zentralwindungen, je 2: Feld 18 und 7, je 1: Feld 5 und 6. Indem er immer und immer wieder die zwei Felder abbildet, welche (längst vor Brodmann bekannte) scharf ausgeprägte Besonderheiten der Struktur darbieten, entsteht der Schein, als ob überhaupt seine Felder charakteristische Unterschiede darböten, was sich bei sorgfältiger Nachprüfung als Irrtum erweist. Die Beschreibung der einzelnen Felder im Text beweist nur, daß die angeblichen Unterschiede, auf welche Brodmann Gewicht legt, vielfach geringer sind, als die Differenzen im Bau fast aller Windungen an Scheitel, Abhang und in der Furchentiefe. Die myelogenetischen Grenzen sind weit schärfer und auf ihre Allgemeingültigkeit relativ leicht zu prüfen. Die Brodmannsche zyto-architektonische Skizze der Hirnoberfläche des Menschen stellt demgemäß keineswegs eine Verbesserung, sondern im wesentlichen nur eine um zahlreiche Irrtümer bereicherte Imitation der myelogenetischen Einteilung des Vortragenden dar. Der Vortragende demonstriert hierauf an Präparaten und Skizzen die Übereinstimmungen beider Hirnkarten, die von ihm selbst gefundenen Struktur-Unterschiede von 18 myelogenetischen Feldern, die scharfen Grenzen der letzteren (entgegen den total irreführenden Behauptungen O. Vogts, daß die Grenzen verwaschen seien). Er betont, daß in Wirklichkeit die myelogenetische und zyto-architektonische Gliederung in allen wesentlichen Punkten übereinstimmen; die vorläufig bestehenden Differenzen beruhen einesteils auf einigen Lücken in der Kenntnis der myelogenetischen Felder und anderenteils auf der Schwierigkeit, die zyto-architektonischen Grenzen, insbesondere wo wenig differente Typen in Betracht kommen, allgemeingültig darzustellen. Mit der fortschreitenden Korrektur der noch bestehenden Fehler wird es gelingen, die weitgehende, d. h. auf alle wichtigen Punkte sich erstreckende Übereinstimmung nachzuweisen. Die fragliche Gliederung der Hirnoberfläche ist aber ohne Zweifel zuerst vom Vortragenden auf myelogenetischem Wege gefunden worden. Brodmanns besonders auch aus der vergleichenden Zyto-Architektonik gezogene Schlüsse auf die Lokalisation der Sprache, im unteren Drittel der Stirnwindung, auf die Natur der Felder, die Abgrenzung der Hörsphäre etc. bilden leicht nachweisbare Trugschlüsse und stehen zu gesicherten Ergebnissen der klinischen bezw. pathologisch-anatomischen Forschung in unlösbarem Widerspruch, während die myelogenetischen Ergebnisse befriedigend mit letzteren übereinstimmen. Autoreferat.

2. Herr Abderhalden-Halle: Über die Verwertbarkeit der Ergebnisse neuerer Forschungen auf dem Gebiete des Zellstoffwechsels zur Lösung von

Fragestellungen auf dem Gebiete der Pathologie des Nervensystems.

Der Vortragende erörtert die Maßnahmen, über die der tierische Organismus verfügt, um von der Art der aufgenommenen Nahrung in weiten Grenzen unabhängig zu sein. Den Nahrungsstoffen wird durch weitgehenden Abbau ihre Eigenart genommen. Zur Aufnahme gelangt ein Gemisch einfachster, jeder spezieller charakteristischer Eigenart entbehrender Bruchstücke. Mannigfaltige Einrichtungen sorgen dafür, daß das resorbierte Material einer eingehenden Kontrolle unterliegt. So ist die Leber dem großen Blutkreislauf vorgelagert. Die Leberzellen kontrollieren alle aufgenommenen Substanzen. Ferner spielt der Lymphapparat mit seinen Hilfsorganen in dieser Beziehung auch eine große Rolle. Das Blut bleibt so vor Fremdartigem bewahrt. Auch die Zellen selbst entlassen nichts, was nicht vorher seiner der Zelle angepaßten Eigenart entkleidet wäre.

Durch alle diese Maßnahmen bewirkt der tierische Organismus, daß zwar im Zellenstaate jede Zellart ihren eigenen Stoffwechsel besitzt, daß jedoch die Flüssigkeit, die gewissermaßen direkt und indirekt allen Zellen in gleicher Weise dienen soll, in engen Grenzen unabhängig in ihrer Zusammensetzung von den einzelnen Zellen wird. Weder die Körperzellen werden vom Blute aus Überraschungen aller Art ausgesetzt, noch werden normalerweise dem Blute Substanzen übermittelt, die diesem fremdartig sind.

Vollführt eine Zellart ihren Stoffwechsel nicht in den für jede Organismenart festgelegten Bahnen, entläßt sie Stoffe, die noch Züge der Eigenart der betreffenden Zelle aufweisen, dann haben wir fremdartige, ungewohnte Produkte in der Lymphe und falls hier der unvollständige Abbau nicht vollendet resp. der unrichtige Abbau nicht korrigiert wird, solche im Blute. Direkte Versuche haben ergeben, daß unter solchen Umständen der Organismus diesen Stoffen nicht wehrlos preisgegeben ist. Er wehrt sich, indem er in die Blutbahn Fermente abgibt, die das Fremdartige zerlegen, bis indifferente Bausteine übrig bleiben. Bei der Schwangerschaft konnten z. B. Fermente nachgewiesen werden, die Plazentaeiweiß zerlegen. Diese neue Eigenschaft des Serums Schwangerer hat eine neue Methode zur Feststellung der Schwangerschaft ergeben.

Im Blute auftretende, sonst nicht nachweisbare oder nur in geringer Menge vorhandene Fermente weisen auf das Vorhandensein blutfremden Materiales hin. Dieses kann vom Darm infolge ungenügender Funktion der Darmfermente zur Aufnahme gelangt sein, es können aber auch bestimmte Zellarten Produkte aus ihrem Leibe entlassen haben, die ungenügend zerlegt sind. Diese Produkte können ihrerseits Störungen aller Art in bestimmten Zellkomplexen hervorrufen Es können aber auch erst durch erfolgenden Abbau in der Blutbahn auf ganz bestimmte Zellarten giftig wirkende Verbindungen entstehen.

Diese Vorstellungen regen dazu an, im Blute bei solchen Erkrankungen, für die wir eine bestimmte äußere oder innere Ursache nicht kennen, nach bestimmten, auf gewisse Organe eingestellten Fermenten zu fahnden. Sie liefern uns das feinste Reagenz, das wir zurzeit besitzen, auf blutfremde Produkte und gleichzeitig enthüllen sie uns Störungen des Zellstoffwechsels, die uns bis jetzt verborgen blieben.

Autoreferat.

Diskussion:

Herr Lewandowsky-Berlin fragt, ob etwas über eventuelle fermentative Prozesse bei der Muskeldegeneration bekannt ist.

Herr Abderhalden: Bei Muskeldegeneration nach Nervendurchschneidung muß man in erster Linie an autolytische Prozesse denken infolge Wegfallens bestimmter Regulationen.

3. Herr Ahrens-Jena: Zur Zirkulation des Liquor zerebrospinalis.

In dem Kongorot fand Vortragender ein Mittel, das vom Liquor und Lymph-Strom prompter transportiert wird, als die sonst üblichen Farbstoffe. Wenn man diesen Farbstoff subarachnoidal an die Gehirnoberfläche bringt, so dringt er durch die intraadventitiellen Räume in das Gehirn ein und tritt nach einiger Zeit im Plexus und Ependym wieder zutage. Vortr. zeigt ein derartiges Präparat vor. Da der Farbstoff bei solchen Versuchen nicht entgegen dem Lymph-Strom in die Ventrikel eindrang, muß er durch die Hirnsubstanz von der Gehirnoberfläche in Ventrikel und Ependym gelangt sein. Durch den ständigen Transport abnormer Stoffwechselprodukte aus dem Gehirn in das Ependym erklären sich die Veränderungen gerade des Ependyms bei der progressiven Paralyse. Wenn Vortr. die Gehirnarterien teilweise durch Emboli verstopfte, so hörte der Liquor-Strom im intraadventitiellen Raum der verstopften Arterie momentan auf. Somit scheint der Blutstrom den Liquorstrom ein Stück dadurch zu treiben, daß die jeweilige Blutwelle das Gefäßlumen etwas ausweitet, den intraadventitiellen Raum an fortlaufender Stelle komprimiert und so den darin befindlichen Liquor vor sich hertreibt. Der leer gewordene intraadventitielle Raum kann dann aus dem subarachnoidealen Raum neuen Liquor ansaugen.

Autoreferat.

Diskussion:

Herr Anton-Halle: Für die Liquorbewegung muß wohl die Venenbewegung und Venenstauung gleichzeitig mit in Betracht gezogen werden. Die Strömung des Liquor gegen den Ventrikel zu hat schon Burkhardt angegeben. Dieser Autor gibt zu, daß von den Ventrikeln aus andererseits nach allen Orten die Saftströmung erfolgen kann. Es besteht also die Möglichkeit, von hier aus nach den anderen Teilen des Zentralnervensystems Flüssigkeit gelangen zu lassen, natürlich wenn die Wege nicht verlegt sind. Was nun die Venen betrifft, so haben unsere Operationen uns ergeben, daß auch geringe Druckentlastungen ausreichen, um die Venenbewegung ersichtlich abzuändern. Insbesondere ist es auffällig, daß bei Operationen das Gehirn mit dem Auge keine Pulsation erkennen läßt und daß nach Entfernung von relativ wenig Flüssigkeit diese Gehirnbewegungen deutlich hervortreten. Es scheinen also nur geringe Druckdifferenzen zu genügen, den Venen-

kreislauf zu behindern. Andererseits beeinträchtigt ein behinderter Venenkreislauf die Strömung des Liquor. Wahrscheinlich werden die einzelnen Teile des Großhirns verschieden in Mitleidenschaft gezogen. Denn die Einrichtungen der Falx cerebri und ihre Venenmündungen sind im Stirnhirn anders als im Hinterhaupthirn. Zu bemerken ist auch, daß man bei Eröffnung oder Punktion des Ventrikels sich überzeugen kann, daß in einzelnen Fällen der Liquor sich mit erstaunlicher Schnelligkeit erneuert, daß also chemische oder anatomische Prozesse die Sekretion enorm steigern können (z. B. bei Cysticerkosis), wodurch an und für sich die Saftströmung wiederum durch einen anderen Faktor beeinflußt wird. Am Schlusse sei noch auf eine Tatsache hingewiesen, welche noch wenig erörtert wurde. Bei den Operationen ist ersichtlich, daß bei Kollaps und Herzschwäche das ganze Gehirn auffällig einsinkt, wohl durch mangelnde Füllung der Arterien. Andererseits ist schon durch Druif nachgewiesen, daß selbst beim Verbluten das Hirnvolumen wieder zunehmen kann. Wir wissen auch, daß das Gehirn bei relativ normalen Verhältnissen die Schädelhöhle viel mehr ausfüllt, als bei Kollaps während der Operation. Es scheint der Liquor die Möglichkeit zu haben, in die Gewebe einzudringen und die Gewebsteile auszufüllen.

Herr Ahrens betont, daß die Blutwelle nur so lange als treibende Kraft für den Liquorstrom angesehen werden müsse, als er sich neben der Blutbahn im intraadventitiellen Raum bewege; für die Weiterbewegung kämen andere Faktoren in Betracht.

4. Herr Jaeger-Halle: Über Goldsolreaktion im Liquor zerebrospinalis.

Die Langesche Goldsolreaktion (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 19, 1912) ist vom Vortr. mit M. Goldstein zusammen in 80 Fällen bisher nachgeprüft. Die Reaktion erweist sich als eine außerordentlich feine und erstreckt sich wahrscheinlich auf alle im Liquor vorhandenen Eiweißkörper.

Eine außerordentlich starke Ausflockung trat bei den 23 Fällen von Paralyse ein, ebenso wie bei Langes 18 Paralysefällen; gleich starke Reaktion ergaben die sämtlichen Fälle von Lues cerebrospinalis sowie ein Teil der Tabesfälle, während andere Tabesfälle, bei denen zum Teil Wassermann negativ war, eine schwache Ausflockung ergaben. Nur bei einem Hirnabszeß nach Schußverletzung trat ebenso starke Ausflockung ein wie bei Paralyse. Schwache Reaktionen gaben außer den schon erwähnten Tabesfällen auch multiple Sklerose, Hirnarteriosklerose und andere organische Erkrankungen, ferner mehrere Neurosen und Psychosen, während ein anderer Teil dieser letzteren sowie Hydrozephalus und Keratitis parenchymatosa negativ waren.

Verschiebung des Ausflockungsmaximums nach oben trat bei Tumor zerebri auf. Fälle von sicherer Meningitis haben sie noch nicht aufzuweisen. Es kann deshalb ein Urteil darüber, ob die Verschiebung des Ausflockungsmaximums nach oben von differentialdiagnostischem Wert ist, noch nicht gefällt werden; die Möglichkeit wird aber zugegeben. Die Ausflockungskurven der verschiedenen organischen, nicht luetischen Nervenkrankheiten zeigten bisher keine charakteristischen Unterschiede, dagegen waren die starken Ausflockungen für metaluetische Erkrankungen charakteristisch (den einen Fall von Abszeß ausgenommen), bei Paralyse und Lues cerebrospinalis in 100%.

Es ist wünschenswert, über diese Reaktion ein großes Material zu sammeln; sie kann in jeder Klinik bequem und schnell ausgeführt werden, nur die Herstellung der Lösung muß unter gewissen Kautelen erfolgen und gelingt nicht immer gut. Autoreferat.

Diskussion:

Herr Zaloziecki-Leipzig weist darauf hin, daß die Goldsolreaktion als sehr feine Kolloidreaktion von Eiweißgehalt, Lymphozytose und anderen komplexeren Faktoren abhängig sei; daher ihre klinische Deutbarkeit eine schwierige sein müsse. Qualitative Differenzen in der Reaktion, wie sie Lange gesehen habe, konnte Zaloziecki bisher nicht beobachten; es sei vorläufig vor irgendwelchen Schlüssen, wie sie sich bereits in der neuesten Literatur vorfinden, zu warnen; da die Reaktion bei allen möglichen organischen Affektionen positiv sei, könne sie die Wassermannreaktion nicht ersetzen. Die Beobachtung der einzelnen Eiweißphasen (Fibringerinnung, Nonne-Apelt, Gesamteiweiß etc.) führe diagnostisch viel weiter.

Herr Jaeger hält doch für möglich, daß qualitative Unterschiede in der Eiweißzusammensetzung zu verschiedenen Goldsolreaktionen führen können; bisher hat sich allerdings nur die Kurve bei Paralyse und Lues zerebri als charakteristisch erwiesen.

(Fortsetzung folgt.)

— **Dr. Georg Ludwig Gedächtnisspende.** Das Verzeichnis der in dem Rechnungsjahr 1911/12 (1. April 1911 bis Ende März 1912) eingegangenen Beiträge zur Kasse des Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen enthält an erster Stelle folgenden Posten: „Beitrag aus Großh. Staatskasse. Laut Genehmigung Sr. Königlichen Hoheit des Großherzogs vom 6. August 1910 trägt die dem Verein mit Verfügung Großh. Ministeriums des Innern vom 4. Juni 1910 zu Nr. M. d. I. 9092 zugesagte ständige Unterstützung aus dem Fonds für öffentliche und gemeinnützige Zwecke im Betrage von jährlich 1500 M. zum Andenken an den Gründer des Vereins den Namen „Dr. Georg Ludwig Gedächtnisspende", hier für 1911 (3. Jahr) 1500 M." — ein wahrhaft vorbildliches Beispiel verständnisvoller und hochherziger Würdigung jahrzehntelanger irrenärztlicher Bemühungen um die Förderung der Hilfsvereinssache.

— **Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz.** Bei Gelegenheit der diesjährigen Herbstversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. November in Bonn wurde in einer Nebenversammlung die Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz gegründet.

Die Mitgliederzahl beträgt zurzeit zwanzig. Vorsitzender ist Sanitätsrat Dr. Tippel-Kaiserswerth

bei Düsseldorf, stellv. Vors.: Dr. Schneider-Ensen bei Cöln, Schriftführer Dr. Kleefisch-Essen-Huttrop.

Satzung
der Vereinigung der Ärzte an den Privatanstalten der Rheinprovinz.

1. Zweck der Vereinigung ist die Förderung:
   a) der praktischen ärztlichen Aufgaben in der privaten Geisteskranken- (d. h. Irren-, Idioten- und Epileptiker-) fürsorge,
   b) der wirtschaftlichen (ideellen und materiellen) Stellung der Anstaltsärzte,
   c) der freundschaftlichen kollegialen Beziehungen.
2. Die Vereinigung sucht ihre Zwecke zu erreichen:
   a) durch Austausch persönlicher Erfahrungen,
   b) durch geeignetes Zusammengehen in gemeinsamen Fragen,
   c) durch jährlich zweimal stattfindende Konferenzen, von denen eine abwechselnd an einer Anstalt tagt, die andere in Bonn im Herbst mit dem psych. Verein der Rheinprovinz.
3. Der Sitz der Vereinigung ist Bonn.
4. Die Leitung geschieht durch einen Vorstand von drei Mitgliedern, die für zwei Jahre gewählt werden, der Vorstand hat zwischendurch Ersatzwahlrecht.
5. Mitglied kann jeder Arzt werden, der die unter 1. genannten Zwecke fördern will.
   Anmeldung geschieht beim zeitigen Vorsitzenden.
6. Der Jahresbeitrag beträgt 5 Mark.
7. Besondere öffentliche Mitteilungen der Vereinigung erfolgen in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.

Referate.

— Rieger, Prof. Vierter Bericht (vom Jahre 1911) aus der Psych. Klinik der Univ. Würzburg: Über ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. Würzburg, C. Kabitzsch. 1912. 218 S.

Vf. bespricht unter Ablehnung der Lombroso'schen Lehren die geringe Bedeutung der Kriminalanatomie und Kriminalpsychologie, die Abhängigkeit der Kriminalität von sozialen Einflüssen, die Unsicherheit der Begutachtung in vielen gerichtlichen und Versicherungsfällen und die Unsicherheit der erblichen Belastung unter Anführung geschichtlicher Beispiele. — Der Bericht ist originell wie die früheren geschrieben, enthält z. B. auch Betrachtungen über das Juristendeutsch — leider ist das Medizinerdeutsch oft nicht viel besser. Albrecht-Treptow.

— Steckel, Dr. Wilhelm. Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Mit Vorwort von Prof. S. Freud. — Wien-Berlin, Urban und Schwarzenberg. 1912. 15 M.

Verf. sucht das Wesen der Neurosen in einer Störung der Affektivität und bezeichnet diese Störungen des Trieb- und Affektlebens als „parapathische Erkrankungen".

Angstneurose und Angsthysterie werden zuerst besprochen, daran schließt sich die allgem. Psychologie der Furcht, während Diagnostik und Therapie der Angstzustände nebst der Technik der Psychotherapie den Schluß bilden.

Zahlreiche eigene Beobachtungen sind eingeflochten.

Als Schüler von S. Freud sieht Verf. die Ursache alles Übels natürlich im Sexuellen, und dies gibt dem Ganzen das in diesen Fällen übliche und charakteristische Gepräge. Kürbitz-Sonnenstein.

— Scholz, L., Leitfaden für Irrenpfleger. Neunte Auflage. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912.

Von dem bewährten Leitfaden liegt wieder eine neue Auflage vor, welche bei nur geringer Zunahme des Umfangs mit einer Reihe nützlicher Zusätze versehen ist. So hat der Verf. bei der Besprechung der Muskeln gleich die Begriffe des Krampfes und der Lähmung gegeben, es finden sich einige aufklärende Worte über hysterische Kranke, über Verheimlichung von Krankheitssymptomen, über Simulation u. a. Da das empfehlenswerte Buch als verbreitetes Unterrichtsmittel eine große Bedeutung besitzt, ist eine weitere Verbesserung der Abbildungen erwünscht. Einigen fehlt noch genügende Größe und Deutlichkeit (vgl. Abb. 1, 3, 4, 14, 38). Für eine leichtere Einübung der richtigen Bezeichnungen für die Körpergegenden könnte ebenfalls eine Abbildung beigegeben werden. Mercklin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Königreich Sachsen.** Am 28. Nov. starb in Dresden der um das Sächs. Irrenwesen hochverdiente Ministerialdirektor Dr. jur. Apelt, Exzellenz. An Stelle des verstorbenen Obermedizinalrats Dr. Krell wurde zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt zu Großschweidnitz und zum Medizinalrat Oberarzt Dr. Ackermann in Sonnenstein ernannt. Der dirigierende Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Dresden Dr. Nitsche wird am 1. April 1913 in den K. S. Staatsdienst übernommen und in Sonnenstein als Stellvertreter des Direktors angestellt. — Assistenzärztin Dr. Ziska Cordes ist aus der städt. Heil- und Pflegeanstalt Dresden ausgeschieden; Medizinalpraktikant Dr. Fr. Wolf eingetreten.

— **Paris.** Dr. J. Roubinovitch, Arzt an Bicêtre, wurde zum Ritter der Ehrenlegion ernannt. — Dr. Boudrie und Dr. Magnan sind in den Ruhestand getreten unter Ernennung zu Ehrenärzten der Irrenanstalten des Seine-Departements, Dr. Capgras und Dr. Juquelier sind zu Chefärzten ernannt, Dr. Marcel Briand wurde von Villejuif an das Asile Sainte-Anne an Stelle Dr.

Magnans versetzt, Dr. Legrain von der Anstalt Ville-Evrard an die Anstalt Villejuif, Dr. Trenel von Maison-Blanche nach Ville-Evrard an Stelle von Dr. Legrain, Dr. Capgras nach Maison-Blanche an Stelle von Dr. Trenel, Dr. Rogues de Fursac, bisher Chefarzt am Pensionat von Ville-Evrard, an die Anstalt Ville-Evrard an Stelle Dr. Boudrie's, Dr. Truelle, Direktor der Anstalt von Moiselles, tritt an Stelle von Dr. Rogues de Fursac am Pensionat von Ville-Evrard, Dr. Juquelier wurde Direktor der Anstalt von Moiselles.

Für die **Möbius-Stiftung** gingen noch ein:

von Dr. P. Hortschansky, Wittweida i. S. 0,75 M.
von der Oberpfälz. Heil- u. Pflegeanstalt Regensburg . . . . 1,00 „

Besten Dank hierfür!

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgenden Seiten

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 21. Dezember 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die Entmündigungssache Peill-Schillings.

Von Dr. *Friedrich Moerchen*, Oberarzt in Ahrweiler.

Auf Wunsch des Herausgebers der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift gebe ich im folgenden eine Darstellung des Falles Peill-Schillings, der den Hintergrund bildet für den Beleidigungsprozeß gegen den Kommerzienrat Ursprung aus Barmen und Gen. Dieser Prozeß, bei dem der Staatsanwalt die öffentliche Klage erhoben hatte wegen Beleidigung des Vormundes von Frau P. durch die Presse, wurde verhandelt in den Tagen vom 15. bis 18. November 1912 vor der Strafkammer zu Bonn. Er hat ein gewisses Aufsehen durch die meist sensationell im Stil der „Irrenhausprozesse" zurechtgemachten Berichte in den meisten deutschen Tageszeitungen erregt. Diese Berichte geben aber, entsprechend einer bekannten Tendenz, zum größten Teil ein direkt falsches, zum wenigsten ein entstelltes Bild der tatsächlichen Vorgänge. Von den Verteidigern der Angeklagten und einem Teil der von ihnen geladenen Zeugen wurden heftige Angriffe auf unser ganzes „Irrenwesen", im einzelnen auf das Verhalten von Vormundschaft und Ärzten im vorliegenden Falle gemacht. Die Verhandlung bot keine Gelegenheit, diesen Angriffen, die durch die einseitige Berichterstattung der Presse noch wesentlich verschärft wurden, direkt entgegenzutreten. Nachdem nun aber die Öffentlichkeit wiederum aus Anlaß dieses Falles sich in der uns ja schon geläufigen Weise mit den Psychiatern und mit den Anstalten befaßt hat, scheint es allerdings geboten, eine authentische Darstellung der Vorgänge schon jetzt zu geben, obwohl, oder vielleicht gerade weil, leider noch eine ganze Reihe von Prozessen sich an diesen ersten anschließen werden.

Ich erwähne im folgenden nur diejenigen wichtigeren Punkte, die in den beiden Aktenstücken des Anhangs nicht betont sind. Den Lesern, die gleich in medias res geführt werden möchten, empfehle ich, diese Aktenstücke zuerst zur Kenntnis zu nehmen.

Als wir die alte Frau am 25. Juli 1911 in unsere Anstalt aufnahmen, lagen uns nicht etwa nur die allerdings recht charakteristischen und durchaus einen glaubwürdigen Eindruck machenden anamnestischen Angaben der Tochter und des Schwiegersohnes Prof. Dr. v. Schillings-Stuttgart vor, vielmehr deckten unser Vorgehen ärztlich und formell zwei Zeugnisse behandelnder Ärzte und eine polizeiliche Anordnung der Heimatsbehörde der Kranken.

Nebenbei sei erwähnt, daß die Verpflegungskosten sich durchaus auf dem durchschnittlich üblichen Niveau hielten, und daß die vielfach aufgetretenen Behauptungen einer Überforderung unwahr sind.

Die Absicht der Tochter der Kranken, sofortige vorläufige Vormundschaft zu beantragen, konnte von uns nur gutgeheißen werden, zumal man uns schon darauf aufmerksam gemacht hatte, daß „Freunde" der Kranken, die sich zwischen sie und die einzige Tochter gedrängt hatten, alles zu ihrer „Befreiung" tun würden. Es konnte deshalb nur im allseitigen Interesse liegen, die ganze Angelegenheit durch Übergabe an die Gerichte einer sachlichen Behandlung zuzuführen. Wiederum geschah es wesentlich auf unsere Veranlassung hin, daß seitens des zum vorläufigen Vormund ernannten Rechtsanwalts Fahr aus Königswinter der Kranken ein anderer Anwalt als Rechtsbeistand im Entmündigungsverfahren zur Seite gestellt wurde. Obwohl in der ersten Instanz des Verfahrens hierzu gesetzlich durchaus keine Nötigung vorliegt, glaubten wir so handeln zu müssen, um

jeden Schein zu vermeiden, als sollte die Kranke ohne Rechtsschutz in der Anstalt sein.

Gegenstand besonders heftiger Angriffe in der Verhandlung wie in den Preßberichten ist das „vorläufige Gutachten" gewesen, das ich zum Zweck der Einleitung des Entmündigungsverfahrens dem Gericht eingereicht habe. Die Behauptung des Verteidigers, daß ich ein „Gutachten" rein auf Grund der („unwahren") Angaben der Kinder gemacht habe, und daß dieses Gutachten wesentlich die Grundlage für die später ausgesprochene definitive Entmündigung gewesen sei, ist von der ganzen Presse einfach wiederholt worden. Verschwiegen wurde aber meine Zeugenaussage, daß ich dies Gutachten ausdrücklich als ein nur vorläufiges bezeichnet hatte, daß ich vor seiner Abgabe die Kranke schon einige Stunden in expansivster Stimmung und ideenflüchtig sich mit mir hatte unterhalten hören, daß eine Menge Briefe mir vorgelegen hatten, die geradezu typisch für einen manischen Zustand waren, daß schon zwei Ärzte die Pat. als geisteskrank bezeichnet hatten, und daß ich die anamnestischen Angaben ausdrücklich als von den Eheleuten Schillings herrührend bezeichnet und darauf hingewiesen hatte, es sei notwendig, die von diesen benannten Zeugen zu vernehmen. Tatsächlich war es in diesem Falle für den Geübten gar nicht schwer, schon nach relativ kurzer Zeit zu einer Diagnose zu gelangen, und der Ausgang des Entmündigungsverfahrens wie die Gutachten der eigentlichen Sachverständigen haben ja auch die Richtigkeit meiner vorläufigen Diagnose bestätigt.

Kaum hatte der zuerst zum Rechtsbeistand für Frau P. bestellte Anwalt Dr. Schuhmacher II aus Bonn die Kranke besucht, als er sich auch schon mit aller Energie auf den Standpunkt stellte, daß hier eine Gesunde widerrechtlich eingesperrt sei. Da aber sein Vorgehen gegen uns und den vorläufigen Vormund dem Freunde der Kranken, Kommerzienrat Ursprung, nicht grob genug erschien, wurde von letzterem ein weiterer Rechtsanwalt, Justizrat Kray aus Elberfeld, hinzugezogen, der von vornherein in einer direkt gehässigen Weise besonders mich als behandelnden Arzt angriff. Ursprung und die beiden Anwälte, (die aber zeitweilig von der Kranken gegeneinander aufgehetzt wurden und sich dann selbst bekriegten!) wetteiferten nun darin, bei Besuchen und in Briefen an die Kranke diese gegen uns aufzuhetzen. Meine Vorstellung, sie möchten sich doch auf die Bekämpfung der Internierung und der Entmündigung beschränken, aber ihr Urteil über den Geisteszustand der Kranken zurückstellen und vor allem mir nicht die so schon sehr schwierige Behandlung der alten Dame geradezu unmöglich machen, blieb ohne jeden Erfolg, so daß wir schließlich gezwungen waren, den genannten Herren die freie Korrespondenz mit der Kranken und die Besuche bei ihr zu verbieten, wobei wir im Einverständnis mit dem Vormund handelten, der auch bei der Kranken in der unerhörtesten Weise schlecht gemacht worden war. Es entspann sich nun ein regelrechter Feldzug gegen alle diejenigen, die mit gutem Gewissen und gestützt auf das ihr Verhalten rechtfertigende Gesetz den Standpunkt zu vertreten hatten, daß die alte Frau in der Anstalt sein und einen Vormund haben müsse. Es gingen Eingaben an alle möglichen Instanzen bis hinauf zum Kaiser und zum König von Württemberg, zu letzterem als „Vorgesetzten" des Kgl. Generalmusikdirektors Prof. Dr. v. Schillings! — Als alles das erfolglos blieb, erschienen die Artikel des Kommerzienrats Ursprung, in denen die schwersten Anklagen gegen Anstalt und Vormundschaft erhoben wurden und wegen deren dann der Staatsanwalt die öffentliche Klage erhob. Das Verfahren endete, wie bekannt, mit einer Verurteilung der Angeklagten zu 1000 resp. 100 M. Geldstrafe. Die Gründe des Urteils decken sich im ganzen mit denen des Entmündigungsbeschlusses, den ich im Anhang beifüge. Das andere abgedruckte Aktenstück ist der Bericht der Besuchskommission für die Privatanstalten des Regierungsbezirks Coblenz. — Wenn man den Fall Peill in allen seinen zum Teil geradezu grotesken Seiten kennen lernen wollte, müßten noch eine ganze Reihe von Aktenstücken aus den riesigen Faszikeln des angehäuften Materials abgedruckt werden, was aber natürlich an dieser Stelle ganz unmöglich ist.

In Anstaltskreisen wird es noch interessieren zu erfahren, weshalb Geh. San.-Rat v. Ehrenwall die von ihm gestellten Strafanträge zurückzog, wodurch auch ich genötigt wurde, den gleichen Schritt zu tun. In dem Artikel der Oberkasseler Zeitung, welcher Gegenstand der Klage des Vormundes der Frau P., des Herrn Rechtsanwalts Fahr in Königswinter, gegen Herrn Ursprung war, stand die Behauptung, daß unsere Anstalt sich der Frau P. gegenüber der widerrechtlichen Freiheitsberaubung schuldig gemacht habe. Nachdem durch den Entmündigungsbeschluß vom 1. August und durch ein späteres Gutachten des Herrn Dr. Lückerath, wonach die am 2. August auf ihr Gut nach Römlinghoven versuchsweise entlassene Frau P. auch noch weiter anstaltsbedürftig sei, die obige Anschuldigung der Freiheitsberaubung gegenstandslos geworden war, zog Geh.-Rat v. E. seinen Strafantrag zurück. Mitbestimmend hierzu war der

Umstand, daß Herr Ursprung (als treibende Kraft des Ganzen) und Genossen vermöge der ihnen zu Gebote stehenden reichen Geldmittel ein Heer von Detektiven zur „Erforschung" des Privatlebens der Kläger sowie auch der Eheleute v. Schillings aufgeboten hatten. Als wir erfuhren, daß frühere Patienten der Anstalt, entlassene Angestellte usw. als Zeugen geladen werden sollten, um die Anstalt und ihre leitenden Persönlichkeiten „schlecht zu machen", glaubte Herr v. Ehrenwall, der die Empfindungen und den Ruf verschiedener Persönlichkeiten schonen zu müssen meinte, indem er ihnen den Schmutz eines solchen Prozesses zu ersparen versuchte, es sei richtiger, er ziehe seine Strafanträge zurück und bestimme auch mich, das gleiche zu tun, in der Hoffnung, daß die Angeklagten dann darauf verzichten würden, die Anstalt mit Schmutz zu bewerfen. In dieser Annahme sahen wir uns leider getäuscht. Es wurden seitens der Verteidiger eine Reihe von Beweisanträgen verlesen, in denen die ungeheuerlichsten Dinge über die Anstalt und die leitenden Ärzte behauptet wurden. Da wir unglücklicherweise nicht mehr Nebenkläger waren und da das Gericht eine Beweiserhebung über diese Dinge als nicht zur Sache gehörend ablehnte, so war uns jede Möglichkeit genommen, in dieser Verhandlung Klarheit über den verleumderischen Charakter dieser Behauptungen zu schaffen, die besonders mich völlig überraschend trafen. Hätte ich eine Ahnung davon gehabt, daß ich ganz außerhalb des Zusammenhangs mit dem Fall Peill solchen Angriffen ausgesetzt werden würde, so hätte mich keine noch so verständliche Rücksichtnahme davon abhalten können, meine Strafanträge aufrecht zu erhalten. — Wir werden auch an dieser Stelle seinerzeit berichten, welches Resultat die von Herrn v. E. resp. von mir inzwischen u. a. auch bei der Kgl. Staatsanwaltschaft in Coblenz eingeleiteten Schritte zur Belangung der Verleumder gehabt haben.

Die psychologisch interessanteste Seite dieses Falles berühren wir, sobald wir die Frage aufwerfen, welche Motive wohl die „Freunde" der Frau Peill bewogen haben, in dieser Weise gegen die Internierung und die Entmündigung vorzugehen. (Die erstere wurde übrigens nach Aussprache der letzteren versuchsweise aufgehoben. Es stellten sich schon nach wenigen Tagen ganz unhaltbare Zustände in der Wohnung der Kranken heraus. Ehe sie aber in eine öffentliche Anstalt überführt werden konnte, für die der offizielle Fragebogen durch Herrn Dr. Lückerath aus Bonn bereits ausgestellt worden war, „verschwand" die alte Dame plötzlich von der Bildfläche, und es ist bisher dem Vormund noch nicht gelungen, von dem Kommerzienrat Ursprung auf zivilrechtlichem Wege, dem einzig möglichen, die Herausgabe des nach eigenem Eingeständnis von letzterem verwahrten Mündels zu erlangen!)

Es handelt sich bei Frau P. um eine Dame von nunmehr 80 Jahren, die sich in gewissem Sinne eine ungemeine Geistesfrische bewahrt hat Sie ist auch von Hause aus intellektuell sehr gut veranlagt, vor allem mit reichen formalen Talenten ausgestattet, (oberflächlich) belesen, musikalisch, äußerst redegewandt, drastisch und oft sehr treffend im Ausdruck, gesellschaftlich sehr versiert, vielseitig in den Ausdrucksmitteln ihrer Affekte, die es ihr in ihren guten Zeiten erlauben, „alle Register spielen zu lassen". Wer sie nur vorübergehend und eben nur in ihren guten Zeiten kennen lernen konnte, der mag wohl von ihr sehr angetan gewesen sein, auch wenn er sonst ein einigermaßen kritischer Beobachter war. — Den Psychiater aber und den wirklichen Menschenkenner wird es nicht überraschen zu hören, daß dies nur eine Seite der Persönlichkeit der ohne Zweifel psychologisch sehr interessanten Kranken war. Was der Außenstehende nicht merkte, das erfuhren die Verwandten oder die in der nächsten Umgebung und für längere Zeit bei der Kranken beschäftigten Angestellten um so mehr. Sie lernten die Frau als im höchsten Grade unverträglich, zänkisch, herrschsüchtig, rücksichtslos, falsch und doppelzüngig kennen. Es ist natürlich, daß diese Eigenschaften der Kranken in den manischen Zeiten ihrer „Zyklothymie" sich stärker ausprägten, als in den ruhigen resp. in den depressiven Zeiten. Wenn die „Manie" einen fast tobsüchtigen Grad erreichte, wie wir ihn auch zuweilen erlebten, so bot die Kranke das Bild sinnloser Wut. Ich darf das ruhig aussprechen, weil ich immer den Standpunkt vertreten habe, daß die Kranke für ihr Tun und Lassen nicht verantwortlich zu machen sei. Doch scheint mir in dem ganzen Verfahren noch immer nicht genügend Wert auf die ausgesprochen degenerative Charakteranlage dieser Frau gelegt worden zu sein. Diese ist es, nicht ihr „manisch-depressives Irresein", das sie für so unheilvolle Verwicklungen die Ursache werden ließ. Nur wer die Kranke näher beobachten konnte, der kann die ganze „Gemeingefährlichkeit" richtig beurteilen, die in diesen Charakteren liegt und sich in diesem Fall so besonders weittragend geltend machte. Die Angehörigen wissen ein Lied davon zu singen, wie diese Frau mit ihrer Sucht zur Intrigue, mit ihren maßlosen Affekten, ihrer Selbstsucht und Herrschgier ihre Umgebung geplagt hat.

Wohl hatte sie auch Zeiten, in denen sie für ihre Kinder und Enkel in freigebiger Weise recht bedeutende Zuwendungen machte, aber es kamen immer sehr schnell wieder Ausbrüche unmotivierten Hasses gegen ihre Angehörigen, durch die den letzteren die Gnadengeschenke der Mutter sehr vergällt wurden. Wir haben Briefe der Kranken gesehen, die Jahrzehnte zurückliegen und die dieselben maßlosen Beschimpfungen gegen ihre nächsten Angehörigen enthalten, wie sie sich auch in den Briefen der Kranken aus der neueren Zeit so häufig finden. Was aber den Kindern der Frau P. das krankhafte Verhalten ihrer Mutter so besonders unerträglich machen mußte, das ist die Tatsache, von der auch ich Zeuge geworden bin, daß sie in Gegenwart anderer derart bestrickend zärtlich zu ihrer einzigen Tochter war, auch den von ihr sonst so gehässig verdächtigten Schwiegersohn so liebenswürdig behandelte, daß jemand, der die Verstellungskunst und Hinterhältigkeit solcher Kranker nicht kennt, unbedingt zu dem Glauben gelangen mußte, die Angaben der Angehörigen über das unerträgliche Verhalten der Mutter seien glatt erlogen.

Was dann ferner die Kranke so ungemein gefährlich machte, war ihre außerordentlich stark suggestiv wirkende Art. Wenn sie in ihrer manischen Phase mit der zu einem direkt ungewöhnlichen Grade gesteigerten Lebhaftigkeit und Vielseitigkeit der Ausdrucksmittel in Wort, Mimik und Geste, die oft etwas geradezu Theatralisches annahmen, ihre phantastischen Darstellungen über von ihr direkt erfundene oder doch total entstellte Vorgänge machte, so fand sie bei den meisten Menschen unbedingt Glauben. Indem sie nun den einen gegen den anderen ausspielte, wußte sie nichts wie Verwirrung und Streitigkeiten in die Umgebung zu tragen. Sie fand ein offenbares Vergnügen darin, die Menschen gegeneinander aufzuhetzen. Je mehr sich dann die Leute über ihre Person entzweiten, um so mehr fand sie in ihrem „Reizhunger" Befriedigung. Wer jeweils gerade bei ihr war, wurde von ihr mit Schmeicheleien überschüttet und mußte sie, wenn er nicht ein sehr kritischer Beobachter und über Lob und Tadel solcher Kranker bereits erhaben war, mit dem Glauben verlassen, daß er ihr bester Freund sei. Daß sie unmittelbar darauf die „Gegenseite" in derselben Weise düpierte und dabei die anderen schlecht machte, das konnte nur der merken, der länger mit ihr zu tun hatte. Die zahlreichen Menschen aber, die sie nur von gelegentlichem Sehen kannten, standen fast alle unter dem Bann der großen Gewandtheit und Liebenswürdigkeit dieser gefährlichen Frau, glaubten ihr jedes Wort, hielten alles das, was sie ihnen mit schauspielerischer Begabung als das Verhalten ihrer „Feinde" darstellte, für Wirklichkeit und erklärten schließlich alle diejenigen, die ein wenig schmeichelhaftes Bild von dem wirklichen Charakter dieser Frau entwerfen konnten und mußten, für Lügner, ja für meineidig. Dazu trug natürlich die große Kunst der Kranken im Ableugnen einfacher Tatbestände, auf die sie festgenagelt werden sollte, und im Ablenken von ihr nicht angenehmen Auseinandersetzungen wesentlich bei. Die ganzen Eingaben an Gerichte und hohe Persönlichkeiten, die von den Vertretern der Kranken gemacht wurden, und die die fürchterlichsten Beschreibungen über die entsetzlichen seelischen Mißhandlungen und sonstigen Qualen enthalten, denen die alte Frau seitens der Anstalt und des Vormundes anhaltend ausgesetzt gewesen sei, die auch in den Preßberichten vielfach als einfache Tatsachen wiederkehren, beruhen ausschließlich auf den phantastischen Erfindungen der Kranken.

Nur wenn sich die Erregung der Kranken über einen gewissen Grad hinaus steigerte, verlor sie die Beherrschung soweit, um sich gegen die gerade Anwesenden in Schmähungen zu ergehen. Da sie aber in einer gewissen Krankheitseinsicht in solchen Zeiten keine Besuche annahm, was wir auch in der Anstalt bei ihr erlebten, so konnten Personen, die nicht zu ihrer täglichen Umgebung gehörten, natürlich nicht Zeugen solcher Erregungszustände sein und auch nichts von dem wahrnehmen, was sonst von zahlreichen Zeugen unter Eid über das krankhafte Verhalten, die Selbstvernachlässigung der Kranken usw. gesagt wurde. Auch die Sachverständigen, die nicht Gelegenheit hatten, die Frau häufiger und länger zu sehen, wie Dr. Beelitz von Tannenhof, oder die ohne jede Kenntnis der Anamnese und der Anstaltsbeobachtung zu urteilen sich imstande fühlten, wie Geh. Rat Dr. Braun aus Elberfeld, mußten zu einem falschen Resultat kommen. — Allerdings suchte der erstgenannte durch Verlesen einiger Seiten aus Kraepelins Lehrbuch nachzuweisen, daß manisch-depressives Irresein nicht vorliegen könne, da sich keinerlei ethische Degeneration nachweisen lasse, die nach Kraepelin immer eintreten müsse (Herr Dr. Beelitz hat Frau P. nur flüchtig und vielleicht in einer relativ guten Zwischenperiode gesehen!), deshalb sei die Ansicht der anderen Gutachter irrig; und Herr Geh. Rat Braun hatte seinerzeit seine Ablehnung des manisch-depressiven Irreseins damit begründet, daß dieses doch immer nur in langen Perioden von Manie und Depression verlaufe,

während bei Frau P. ein oft recht schneller Wechsel eintrat. Obwohl nun der Sachverständige bei der letzten Verhandlung erklären mußte, er habe sich darin geirrt und nicht gewußt, daß es „Mischzustände" dieser Krankheit gäbe, glaubte er doch seine einmal geäußerte Meinung von der geistigen Gesundheit der Frau P. aufrecht erhalten zu müssen. Gewiß soll der Sachverständige seine Meinung sich unabhängig bilden; aber es ist doch auffallend, daß die massenhaften zeugeneidlichen Aussagen über absolut typische Krankheitssymptome, wie sie sich in den Gutachten der anderen Sachverständigen verwertet finden, von diesen Gutachtern überhaupt nicht berücksichtigt wurden. Um so mehr spielte für sie eine Rolle die subjektive Ansicht des Herrn Ursprung über die Kranke, wie denn auch Herr Geh. Rat Braun in seinem Gutachten ausdrücklich betonte, daß nur der Frau P. richtig kennen lernen könne, der die „Denkschrift" des Herrn Ursprung über sie gelesen habe!! Es handelt sich da um eine zweibändige lyrisch-dramatische Verhimmelung der Kranken durch den genannten Herrn, wobei von vornherein alles Ungünstige, was etwa jemand über die Kranke auszusagen wüßte, als reine tendenziöse Erfindung erscheinen muß. Dabei bedenke man, daß die Frau P. nichts als eine Konzertbekanntschaft des Herrn Ursprung ist, der sie vom ersten Augenblick an anschwärmte und der von ihr ausgehenden Suggestion kritiklos unterlag. — Bedauerlich aber bleibt es, daß die im höchsten Maße subjektiven, ja phantastischen Ansichten dieses Herrn über Frau P. verschiedenen Sachverständigen augenscheinlich maßgebender waren, als die sachverständigen und unter Sachverständigeneid gestellten Beobachtungen der behandelnden Ärzte. Nur so konnte es dahin kommen, daß die gesamte Presse mit sichtlicher Schadenfreude gegenüber den so gerne angegriffenen Psychiatern die Behauptung mit Recht aufstellen konnte, daß sich die ärztlichen Gutachter „aufs schärfste widersprochen" hätten. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß der Fall P. dem Ansehen der Psychiatrie als Wissenschaft und als forensische Praxis sehr geschadet hat und ihr noch weiter schaden wird. Es mag das in erster Linie darin liegen, daß man es hier mit einem auf Anhieb und bei flüchtiger Beobachtung nicht für jeden leicht zu beurteilenden Fall zu tun hat, der dem nicht sehr geschulten Psychiater manche Fallen stellen kann. Abgesehen davon wäre aber wirklich zu wünschen, daß sich nun nicht wieder deutsche Psychiater bereit finden lassen (wie es nämlich schon leider geschehen ist!), mit Herrn Ursprung zu der im Ausland an einem selbst dem Vormund unbekannten Ort befindlichen Frau zu fahren und dort nach flüchtiger Beobachtung sich eine von der Meinung der anderen, auf sachliches Material und eingehende ärztliche Beobachtungen gestützten Gutachten abweichende Ansicht zu bilden, durch die sie dann dem Herrn Ursprung und Genossen geeignet erscheinen, als Eideshelfer gegen die eigenen Kollegen angerufen zu werden!

Als Anhang folgen der Entmündigungsbeschluß des Amtsgerichts Königswinter und der Bericht der Besuchskommission über ihre Feststellungen betr. der Anstaltsbedürftigkeit der Frau P., nachdem diese von den Beschwerdeführern angezweifelt worden war.

Aktenzeichen: 3. E. 8/11.

Beschluß.

In Sachen betreffend die Entmündigung der Witwe Wilhelmine Peill geb. Schillings aus Römlinghoven.

1. Das Verfahren wird als Feriensache bezeichnet.
2. Die Witwe Wilhelmine Peill geb. Schillings aus Römlinghoven Siegkreis wird wegen Geistesschwäche entmündigt. Sie hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Gründe.

Frau Professor v. Schillings, Karoline, geb. Peill, aus Stuttgart hat den Antrag gestellt, ihre genannte Mutter, Witwe Wilhelmine Peill wegen Geisteskrankheit zu entmündigen. Die Antragstellerin ist nach § 646 C. P. O. antragsberechtigt, das an gerufene Gericht zuständig. (§ 648 C. P. O.) Es hat eine umfangreiche Beweisaufnahme stattgefunden. Die zu Entmündigende ist unter Zuziehung des Kreisarztes zu Ahrweiler durch das ersuchte Gericht dort gemäß § 654 C. P. O. vernommen worden. Der Kreisarzt Dr. von Fewson, Dr. Stamm, Oberarzt Dr. Mörchen und Oberarzt Dr. Lückerath sind als Sachverständige vom Gericht gehört worden, auch befinden sich noch andere gutachtliche Äußerungen, so von dem Geh. Medizinalrat Dr. Braun in Elberfeld und Geheimen Sanitätsrat Dr. Erlenmeyer in Bendorf bei den Akten.

Die Aussagen der vernommenen Zeugen geben ein sehr verschiedenartiges Bild von dem Geisteszustand der Witwe Peill in den letzten 20—30 Jahren.

Eine Anzahl Zeugen hat sie als eine kluge Dame von hoher Bildung kennen gelernt, die wohl manchmal launisch gewesen sei, an der sich aber irgend welche Spuren von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche durchaus nicht bemerkbar gemacht hätten.

Auch auf den ersuchten Richter hat Frau Peill bei ihrer Vernehmung den Eindruck einer völlig vernünftigen klaren Dame gemacht. Demgegenüber bekunden andere Zeugen ein auffallendes Verhalten der Witwe Peill, das von dem normalen so weit abweicht, daß es die Annahme einer geistigen Erkrankung nahe legt. Auch das vorliegende Briefmaterial weist eine ähnliche Verschiedenartigkeit auf.

Bei den Zeugenaussagen muß zunächst auffallen, daß diejenigen Zeugen, die viel und andauernd mit Frau Peill in Berührung kommen, durchweg auch Ungünstiges zu berichten wissen, so die Zeugen Lämgen, Völzgen, Funk, Battige. Gerade die Aussagen der Zeugen, die Frau Peill genauer kennen, ergeben aber, daß ihr Verhalten zu verschiedenen

Zeiten, ja in unmittelbarer Aufeinanderfolge außerordentlich wechselte und eben dies gibt den Schlüssel zu den nur scheinbar widersprechenden Aussagen.

Es ist festgestellt, daß bei Frau Peill seit langen Jahren Zeiten der Erregung (zum Teil hochgradige Erregung) mit solchen tiefer Depression wechselten und daß dazwischen ruhigere Zeiten kamen, in denen sie nicht anders war wie andere Leute (Völzgen, Funk). Zur Zeit dieser Erregungszustände warf Frau Peill, um „Ordnung zu schaffen", im Schlafzimmer, dem Vorratszimmer, der Küche alles Bewegliche auf dem Boden durcheinander.

Während sie sonst geizig war, kam es ihr aufs Geld dann gar nicht an. Sie hielt dem Personal stundenlange Reden (Lämgen, Völzgen), nannte ihren Schwiegersohn dem Kutscher gegenüber einen liederlichen Schweinhund (Völzgen), der seine Frau nur geheiratet habe, um sie zu mißbrauchen (Äußerung aus dem letzten Jahr.) Wie sie denn ihre Tochter oft und bis in die letzte Zeit mit Ausdrücken, wie liederliche Dirne belegte (Funk). Sie rief: „Man gebe mir Rußland zu regieren, Römlinghoven ist für mich zu klein, ich bin ein Titane, ich bin wie Shakespeare". Vor dem Personal, auch den jungen männlichen Bediensteten, ging sie nur mit einem dünnen Hemd bekleidet herum, sprach mit Vorliebe über geschlechtliche Dinge, z. B. mit den Dienstmädchen über die Periode. Wenn sie eine schwangere Frau sah, sagte sie: „Da geht wieder so ein Schwein". Nachts lief sie im Haus herum und ist z. B. zweimal ohne erkennbaren Grund in das Zimmer ihres schlafenden Kutschers gekommen. Kam die Zeit der Depression, so weinte sie viel, alles wurde ihr schwer; wenn sie eine Unterschrift abgeben sollte, kostete es unendliche Mühe, sie von ihr zu bekommen. Sie fühlte sich „furchtbar elend", „sie könne nicht mehr" und meinte: „Ich bin verrückt, ich müßte in eine Anstalt". Nachts schrie sie und stieß unartikulierte Laute aus. (Funk, Völzgen.) Im November 1910 setzte der jetzt noch andauernde Erregungszustand ein, der nach Aussage der Zeugin Funk schlimmer war als die früheren und ihre Überführung in die von Ehrenwallsche Anstalt im Gefolge hatte.

Über den Aufenthalt in der Anstalt sagt die Pflegerin Battige: Frau Peill tritt den Leuten nicht offen entgegen, ins Gesicht ist sie ihnen sehr liebenswürdig, hinter ihrem Rücken schimpft sie oder macht sich über sie lustig. So nennt sie Dr. Mörchen einen dummen Jungen, sehr beschränkt, ein fettes Schwein, ihre Tochter eine Dirne, von Pfarrer Herkenrath sagt sie: es sei ihm nur ums Geldverdienen. Sie ist zuweilen unreinlich. Öfter hat sie z. B. im schmutzigen Waschwasser (in dem sie selbst ihren unteren Körper gewaschen habe) ihr Gebiß gereinigt. An anderen Tagen ist sie wieder peinlich sauber. Sie wäscht oft des Nachts bei offenem Fenster (März, April) nur mit dem Nachthemd bekleidet, in ihrem Zimmer Taschentücher, Blusen und dergleichen in ihrer Waschschüssel. Sie behauptet, eine ganz besondere Frau zu sein, es habe nur einen Menschen gegeben, der so geistreich sei wie sie, das sei Friedrich der Große. Dann vergleicht sie sich ebenso mit Napoleon I. und Shakespeare. Sehr charakteristisch sind auch die Briefe, von denen manche eine zügellose Erregung verraten, charakteristisch nicht nur durch ihren Inhalt, sondern auch durch die Schrift, in der sich die gegen Schluß immer größer werdende Erregung deutlich ausspricht. Auch sie reichen bis in die neuere Zeit (1911).

Wenn man berücksichtigt, daß diese Erregungszustände, ebenso wie die Zustände der Depression sich nun schon lange Jahre hindurch immer von Zeit zu Zeit wiederholt haben, daß insbesondere der letzte Erregungszustand seit November 1910 anhält, wenn man sich vergegenwärtigt einerseits die Bildungsstufe der Frau Peill, andererseits ihr Verhalten vor und nach ihrer Verbringung in die Ehrenwallsche Anstalt, so muß man sich dem Gutachten der Sachverständigen anschließen, die erklären, daß Frau Peill an zirkulärem Irrsinn leide.

Allerdings kommt der Geheime Medizinalrat Braun als einziger von den Sachverständigen in einem bei den Akten befindlichen Zeugnisse zu einem anderen Schlusse, indes ist die Unhaltbarkeit dieses Gutachtens von anderen Sachverständigen (Erlenmeyer, Dr. Mörchen, Dr. v. Fewson) überzeugend nachgewiesen.

Nach § 6 Ziffer I BGB. kann entmündigt werden, wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Geistesschwäche ist nach dem Gesetz eine leichtere Form von Geisteskrankheit, wie eine Vergleichung der §§ 114, 115 BGB. zeigt (§ 2229).

Das Gericht ist auch hier dem Gutachten der Sachverständigen (Oberarzt Dr. Mörchen, Kreisarzt Dr. von Fewson und Oberarzt Dr. Lückerath) gefolgt, wonach Frau Peill wegen Geistesschwäche nicht imstande ist, ihre Angelegenheiten zu besorgen. Daß es sich um Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes, insbesondere auch um ein seiner Natur nach nicht nur vorübergehendes Leiden handelt, ist von diesen Sachverständigen dargetan. Dasselbe gilt von der Frage, ob Frau Peill darum nicht imstande ist, ihre Angelegenheiten zu besorgen.

In depressiven Zeiten ist Frau Peill, wie schon die Zeugenaussagen ergeben, dazu fraglos nicht imstande, aber auch in den anderen Zeiten ist sie dazu außerstande.

Ihre Krankheit bedingt es, daß ihr der Wirklichkeitssinn abgeht oder doch wesentlich beeinträchtigt ist. Es besteht die Gefahr, daß sie sich durch den chronischen Zornaffekt, in dem sie sich gegenüber Allen befindet, denen sie eine Schuld an ihrer jetzigen Lage beimißt, zu Handlungen hinreißen läßt, bei denen nichts Gutes herauskommen kann. (Sachverständige Lückerath.) Sie ist auch nicht in der Lage, für ihre eigene Person in der rechten Weise zu sorgen. Damit rechtfertigt sich ihre Entmündigung wegen Geistesschwäche. (Vergleiche R. G. bei Gruchot 47, 897.) Wegen der Kosten ist auf § 658 C. P. O. zu verweisen.

Königswinter, den 29. Juli 1912.

Königliches Amtsgericht
gez. Wenzel.

Gutachten der Besuchskommission vom 10. I. 12.

Infolge der anliegenden Beschwerde des Rechtsanwalts Justizrat Kray in Elberfeld an den Herrn Regierungspräsidenten in Coblenz begab sich in dessen Auftrag die Besuchskommission in die Privatirrenanstalt des San.-Rat Dr. von Ehrenwall in Ahrweiler, woselbst der Besitzer der Anstalt, sowie der in der Beschwerde genannte Dr. Mörchen angetroffen wurden. Letzterer gab an, daß bei der Verbringung der 79jährigen Witwe Peill aus Römlinghoven in die genannte Anstalt, soweit er Zeuge war, eine Gewaltanwendung nicht stattfand. Dr. Mörchen nahm mit der Witwe Peill sowie mit deren Tochter und Schwiegersohn am 25. Juli 1911 im Gasthofe am Laacher See am gemeinsamen, ganz ruhig verlaufenen Frühstück teil, worauf die Fahrt nach

Ahrweiler erfolgte. Die Aufnahme erfolgte zunächst auf Grund eines Attestes des Hausarztes der Wittwe Peill, Dr. Stamm in Königswinter vom 24. Juli, worin die Aufnahme als dringlich bezeichnet wird. Ferner lag ein Attest des San.-Rat Dr. Cajetan in Bonn vom gleichen Datum vor des Inhalts, daß die Witwe Peill an z rkulärem Irresein leidet, unheilbar, und durchaus unfähig ist, rechtliche Bestimmungen zu treffen.

Der Königliche Kreisarzt in Ahrweiler, dessen Begutachtung in diesem Falle für die Aufnahme erforderlich war, hielt den Aufenthalt dort nach mehrmaliger Beobachtung gleichfalls für geboten. Zu gleichem Ergebnisse kam der Professor für Psychiatrie, Dr. Aschaffenburg in Cöln, dessen Gutachten in fürsorglicher Weise eingeholt wurde, da ein Fall von nicht gerade offenkundiger geistiger Erkrankung vorlag.

Aus der sorgfältig geführten Krankengeschichte der Anstalt in Ahrweiler ist zu entnehmen, daß die Aufnahme ohne Widerstreben der Witwe Peill erfolgte, welche jedoch der Tragweite ihres Schrittes damals nicht völlig bewußt gewesen zu sein scheint.

Nach den ärztlichen Erhebungen war die Genannte von jeher ein schwieriger Charakter, unoffen, launenhaft, eigensinnig, reizbar und von sich eingenommen. Sie konnte im persönlichen Verkehr liebenswürdig sein und sich sofort hinter dem Rücken sehr gehässig und scharf äußern. Im Laufe der Jahre bildeten sich mehr und mehr abgegrenzte Phasen von Erregung und Verstimmung. Während letzterer wollte sie keine Bekannten sehen; sie vermochte kaum ihren Namen zu schreiben und nahm wenig Nahrung zu sich. In der Erregung ging sie dürftig gekleidet im Hause umher. Sie war für das Dienstpersonal unangenehm, kaufte später wenig verwertbare Dinge und schrieb viele Briefe. Die Briefe an ihre Tochter und ihren Schwiegersohn, gegen die sie großen Haß trug, enthielten gewöhnliche Beleidigungen; so nannte sie ihre Tochter eine Hure und Dirne. Sie glaubte ihre Kinder ihr feindlich gesinnt, da diese ihren Verkehr mit ihr eingeschränkt hatten, um Reibungen und Anlässe zu Erregungen möglichst zu meiden. Auch trat in der Erregung ein sehr stark gesteigertes Selbstgefühl und große Herrschsucht zutage. Sie behandelte angeblich ihre Dienstboten wie Sklaven, mißhandelte sie und wollte sie schwören lassen, daß ihr Schwiegersohn ein Schuft sei. Sie entließ ihre Gesellschafterin, welche 11 Jahre bei ihr ausgehalten hatte, beschuldigte sie des Diebstahls und Betrugs und verlangte, daß sie auf den Knien vor ihr rutsche, wurde immer unordentlicher und zerschnitt Kleider. Zuletzt ging sie mit einem Diener auf Reisen, welcher dann ihre Kinder zu Hülfe rief, da er mit der 79jährigen und am rechten Beine teilweise gelähmten Frau nicht mehr zurecht kam. Ihre in Römlinghoven verlassene Behausung soll sich in wüster Unordnung befunden und wichtige Papiere und Briefe sollen auf dem Boden umher gelegen haben. Auch soll Frau Peill die Verwaltung ihres Vermögens fremden Händen anvertraut und verschiedene Zuwendungen von ihrem Vermögen gemacht haben.

In der Anstalt beherrschte sie sich anfänglich und gab an, Ruhe nötig zu haben. Krankheitseinsicht fehlte ihr aber. Im Laufe des weiteren Aufenthalts verlor sie ihre Selbstbeherrschung mehr und mehr und sie zeigte später ein ähnliches Verhalten, wie das zu Hause geschildert war. Sie zeigte ein vielfach wechselndes und widerspruchsvolles Verhalten, ohne dessen anscheinend bewußt zu sein. Sie lehnt ihr gebotene Annehmlichkeiten ab, um sich später über deren Fehlen zu beklagen. Sie führte eine ganz unregelmäßige Lebensweise und vernachlässigte ihre Körperpflege in grober Weise und bereitete dadurch der Anstalt und ihrem Personale viele Schwierigkeiten. Nachts kramte sie vielfach in ihrem Zimmer oder sie schrieb Briefe in der dürftigsten Kleidung oder nur mit dem Hemde bekleidet beim offenen Fenster und bei von ihr abgestellter Heizung, um dann über kalte Hände und Füße zu klagen. Sie lehnte anfänglich Bäder ab und weigerte sich die Wäsche zu wechseln. Zwei Monate war von ihr keine schmutzige Wäsche zur Reinigung zu erhalten und als energisch deshalb in sie gedrungen wurde, wusch sie ihre Sachen, manchmal bei Nacht, in einer Waschschüssel und trocknete sie in ihrem Zimmer. Sie hatte einen ausgesprochenen Sammel- und Aufbewahrungstrieb und verwahrte Speisereste und verfaulte, stinkende Blumen Tage lang in ihren Zimmern. Wenn ihr die Pflegerinnen dieses wehren wollten, schlug sie nach ihnen und versuchte sie zu kratzen. Zeitweise zeigte sie eine stark gehobene Stimmung und ein sehr erhöhtes Selbstgefühl. Trotz ihres hohen Alters hob sie den Pflegerinnen gegenüber die Schönheit einzelner ihrer Körperteile hervor, ebenso ihrer Umgebung (auch dem Arzte); ferner die Überlegenheit ihres Geistes, bezeichnete sich als Shakespeare-Natur, rühmte ihre mächtige, alles überwindende Stimme und ihre gewaltige Energie, welche sie auch dem Kaiser gegenüber zeigen will, wenn sie nicht entlassen wird.

Zu anderen Zeiten ist Frau Peill sehr ärgerlich und zornmütig. Sie hat das Bedürfnis, sich so recht auszuschimpfen, wobei sie ihren Kindern wegen ihres Verhaltens Rache bis nach dem Tode schwört und sich über ihrer vorläufigen Vormund, die Ärzte, die Oberin und Pflegerinnen in gehässiger und zorniger Weise ausläßt und in ihren Äußerungen ganz maßlos ist, während sie gegen einzelne dieser Personen am folgenden Tage ganz freundlich ist. Andere Male kam es vor, daß sie sich Morgens totkrank fühlte, während sie am gleichen Nachmittage einen Ausflug unternehmen wollte.

Als die Besuchskommission sich bei ihr melden ließ, saß sie bei Tisch, wollte nicht gestört sein und ließ die Kommission warten. Nach dem Eintritt dieser in ihr Wohnzimmer, kam sie in etwas nachlässiger Toilette aus ihrem Schlafzimmer. Ihre schwarze Samtjacke hatte sie nicht geschlossen, sodaß ihr weißes Unterzeug zum Vorschein kam.

Auf Befragen erklärte sie, daß sie über ihre Unterbringung und Pflege nicht zu klagen habe. Doch äußerte sie den Wunsch nach Entlassung, welcher Wunsch in der Unterhaltung mit ihr öfters wiederkehrte. In körperlicher Hinsicht klagte sie über Schleim im Halse und über ihre Zunge. Sie gab an, daß sie vor Jahren einen Verstimmungszustand von etwa einjähriger Dauer durchgemacht habe, in welchem sie infolge ihrer Willenslosigkeit kaum imstande gewesen sei, ihren Namen zu schreiben. Als Grund ihrer Abneigung gegen ihre Kinder führte sie an, daß diese einst nicht zu der Weihnachtsfeier erschienen seien, wobei sie dann erfahren habe, daß ein Kind krank sei. Ferner habe ihr Schwiegersohn ihr einen Band von Bachs Werken auf ihren Wunsch nicht zurückgegeben, weil er ihn angeblich gerade nötig gehabt habe. Jedenfalls rechtfertigen diese Gründe nicht ihr gehässiges Verhalten gegen ihre Kinder.

In der Konversation wußte Frau Peill sich gut zu beherrschen. Doch kam ihre heitere Stimmung und ihr gehobenes Selbstgefühl deutlich zum Vorschein. Sie erklärte, sie fühle sich so wohl wie ein 18jähriges Mädchen, bezeich-

nete sich als ein Geist wie Shakespeare und Calderon und erwähnte, sie habe den Grundsatz Friedrich des Großen: „In meinem Staate kann jeder nach seinem Façon leben".

Sie schweifte im Gespräche öfters und weit ab, kam aber zum Schlusse gewöhnlich doch wieder auf das eigentliche Gesprächsthema zurück.

Zu bemerken ist noch, daß bei dem Königl. Amtsgericht zu Königswinter ein Entmündigungsverfahren gegen die Witwe Peill schwebt und daß für diese ein vorläufiger Vormund in der Person des Rechtsanwalts Fahr in Königswinter bestellt ist. Aus einer großen Anzahl von Schreiben, welche in Betreff der Internierung und Entmündigung der Frau Witwe Peill von Rechtsanwälten pro et contra dem Königl. Kreisarzt in Ahrweiler zugegangen sind und welche dieser zur Verfügung gestellt hat, ist ersichtlich, daß die geistige Erkrankung besonders jenen Menschen aufgefallen ist, welche täglich mit der Genannten in Verkehr standen, dagegen jenen nicht, welche nur vorübergehend sie besuchten. Augenscheinlich wußte sie sich bei solchen Besuchen zu beherrschen.

Die Witwe Peill ist eine von Jugend an krankhaft (hysterisch) veranlagte Frau, welche ihrer Umgebung das Leben durch ihre Launenhaftigkeit, ihren Eigensinn und ihr herrisches Verhalten sauer gemacht hat. Beim Herannahen des Alters haben sich bei ihr stärkere Schwankungen ihres geistigen Befindens eingestellt in Form von Verstimmungs- und Erregungszuständen. Auch jetzt besteht bei ihr ein gewisser Erregungszustand. Daß die Genannte einstweilen nicht zu Hause sein kann, wo sie zu gebieten gewohnt ist, haben die Verhältnisse in Römlinghoven vor ihrem Weggange dort bewiesen.

Ihr Aufenthalt und ihre Pflege in einer geschlossenen Anstalt ist einstweilen auch in ihrem eigenen Interesse nötig, da die Frau einstweilen für sich und ihr körperliches Wohl nicht zu sorgen vermag und in Schmutz und Unordnung verkommen würde.

Auf alle Fälle ist es nötig, die Witwe Peill bis nach Erledigung des Entmündigungsverfahrens in einer geschlossenen Anstalt zu belassen.

Es ist zum Schlusse noch nötig, auf das Gutachten des Geh. Med.-Rat Dr. Braun in Elberfeld zurückzukommen, welcher zu einer gegenteiligen Ansicht und Auffassung des Falles gelangt ist.

Der Genannte hat sein Gutachten auf Ansuchen des gegen die Internierung angehenden Rechtsanwalts und auf Information nur von dieser Seite — also im Auftrage einer Partei — sowie auf Grund einer persönlichen einmaligen Untersuchung abgegeben. Mit den Ärzten der Anstalt in Ahrweiler ist er in eine Erörterung des Falles gar nicht eingetreten und hat sich nach deren Angabe von dieser Seite keinerlei Information erbeten, was speziell in diesem Falle unumgänglich nötig ist, da dieser nicht einfach liegt und ein einmaliger Besuch ohne möglichst weitgehende Information nicht ausreichen dürfte, einen bestimmten Schluß zu ziehen, und speziell nicht einen bestimmten Schluß auf das Nichtvorhandensein geistiger Erkrankung.*)

Für die Besuchskommission haben die ärztlichen Atteste und die sorgfältig geführte Krankengeschichte großen Wert gehabt. Diese hat eine Bestätigung der — auch einseitigen und von einer Partei — gegebenen Darstellung über die Entwicklung der Erkrankung durch die ärztliche Beobachtung der Kranken ergeben. Die Angaben über das Verhalten der Witwe Peill vor ihrer Aufnahme in die Anstalt und die Anstaltsbeobachtung liefern in diesem Falle ein einheitliches Krankheitsbild, mit welchem auch das Ergebnis des Besuches der Besuchskommission, welches nach Lage der Verhältnisse weniger ergiebig ausgefallen ist, übereinstimmt.

gez. Dr. Griesar, Dr. Landerer, Loesener.

*) Der Abschnitt ist vom Verfasser durch Kursiv hervorgehoben.

Mitteilungen.

— **Bericht über die XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Halle a. S., am 26. Oktober 1912. (Offizieller Bericht.)

Referenten: Dr. A. Gregor-Leipzig, Dr. Hans Willige-Halle. (Fortsetzung.)

5. Herr Neuendorff-Bernburg: Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker.

M. H.! Ich bitte nur ganz kurz auf einige Minuten Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen zu dürfen. Es kommt mir darauf an, Sie damit bekannt zu machen, wie wir in unserer Anstalt einen Teil unserer erregten Kranken behandeln, da wir, wie ich das seinerzeit bei einer Versammlung in Jena in der Diskussion gelegentlich andeutete, die Isolierräume gänzlich aufgegeben haben.

Ich will mich durchaus nicht darauf einlassen, die einzelnen Behandlungsweisen zu beleuchten, ob Dauerbad, Isolierraum, Bettbehandlung, Packung oder Schutzbett den Vorzug verdient. Das macht jeder, wie er es für richtig hält, wie seine Erfahrung ihn das gelehrt hat und vor allem, wie er in der Lage ist, seine Methode auszuführen. Jeder muß sich nach seiner Decke strecken. Je nach den Baulichkeiten, nach dem Platz, nach der Möglichkeit das genügende Personal verwenden zu können, nach der Menge der frisch zugeführten aufgeregten Kranken wird jede dieser Maßnahmen in verständiger Kombination vielleicht am Platze sein. Ob das Mittel, den aufgeregten Kranken zu beruhigen oder ihn an unsinnigen Handlungen, die seine Aufgeregtheit mit sich bringt, zu verhindern, schön aussieht und man deshalb den Isolierraum dem Schutzbett vorzieht, wie das von Baller, Allgem. Zeitschrift, Bd. 6, H. 2 vorgeschlagen ist, wäre für uns gleichgültig. Wenn nur das Mittel zweckentsprechend ist und eine dauernde Kontrolle über den Kranken ermöglicht.

Das letztere leistet aber nach meiner Überzeugung der Isolierraum nicht.

Noch eher könnte man das Schutzbett vorziehen, wie es von Walter und Wolff beschrieben ist, da man hier eine dauernde Kontrolle ausüben kann. (Allgem. Zeitschr., 66, 6.)

Wir ersetzen das Schutzbett durch eine Hänge-

matte, die nicht aufgehängt wird, sondern den im Bett liegenden Kranken umhüllt. Um das unbequeme Liegen auf den Knoten des Gewebes zu verhindern, wird der untere Teil der Hängematte durch einen Segeltucheinsatz ersetzt, so daß ein vollständig glattes Lager vorhanden ist. Die Hängematte, in welcher der Kranke sich im Bett befindet, wird an den beiden Stirnseiten desselben befestigt. Eine Schnur wird durch die offenen Seiten der Hängematte so durchgezogen, daß die Hängematte oben geschlossen ist. Die Schnur, welche durch einen farbigen, mit eingedrehten Bindfaden kenntlich ist, kann jederzeit schnell wieder entfernt werden.

In die Hängematte kommt Kopfkissen und je nach Bedarf Decke oder Plumeau.

Die Kranken können sich so vollständig frei bewegen, sie liegen im Bett, können sich nicht an irgendwelchem harten Gegenstand (sei das Gitter von Holz oder Draht) verletzen, nicht das Bett ohne Zutun des Pflegepersonals verlassen und sind Tag und Nacht unter direkter Aufsicht.

Diese Möglichkeit der dauernden Kontrolle war für uns das Maßgebende.

Die Unterbringung in die Hängematte nennen wir kurz — Netzbehandlung —, da bei unserer Anwendung die Hängematte der Funktion des Hängens entkleidet ist und jedes ad hoc eingerichtete Netz denselben Dienst versieht. Gewählt wurde die Hängematte, da solche in der Anstalt zu anderen Zwecken vorhanden waren, ebenso wie wohl in anderen Anstalten, um beispielsweise körperlich Leidende im Freien in ruhender Lage unterbringen zu können; weil sie verhältnismäßig billig zu erlangen waren und einer besonderen Anfertigung nicht bedurften. Schließlich war ihre Anwendung vor der Hand ein Versuch, der dann später weiter ausgebaut wurde.

Diese Methode hat sich nun seit zehn Jahren, so lange ist es etwa her, daß in Treptow die Diskussion über die zellenlose Behandlung geführt wurde, bei uns durchaus bewährt und bildet im Verein mit Bettbehandlung, Dauerbad und Verabreichung von Schlafmitteln bei strengem Individualisieren die Behandlung unserer erregten Kranken.

Unglücksfälle haben wir nicht zu verzeichnen gehabt.

Daß es notwendig ist, verschieden starke Netze zu haben, ist mit Rücksicht auf die verschiedenen Körperkräfte, z. B. bei tobsüchtigen epileptischen Männern, verständlich.

Ich bemerkte, daß ich Ihnen mitteilen wollte, wie ein Teil unserer erregten Kranken behandelt wird und deswegen ist nicht zu verschweigen, daß es Kranke gibt, die das Netz gar nicht vertragen und sich darin so ängstlich gebärden, wie ein eingesperrter Vogel, während sie das Dauerbad ausgezeichnet vertragen. Ebenso ist es umgekehrt. Kranke, die im Dauerbade einfach unmöglich sind, wenigstens bei uns, die wir einfache Badewannen ohne jede besondere Vorrichtung haben, die rücksichtslos aus der Wanne streben, mit aller Gewalt sich widersetzen, daher viel Personal verbrauchen, verhalten sich im Netz ganz still.

Wir haben diese Erfahrung unter anderem bei periodisch in die Anstalt wiederkehrenden Kranken gemacht.

Dieselbe Form, deren Diagnose bei der langen, auf Jahre sich erstreckenden Dauer feststeht, mußte bei verschiedenen Personen einer verschiedenen Behandlung unterworfen werden, d. h. die eine kam bei ihren Rückfällen immer wieder in das Netz, die andere in das Dauerbad. Von Interesse ist es, daß eine der Kranken, die sonst in ihrer manischen Phase immer isoliert gewesen, als sie, da Isolierräume nicht mehr vorhanden waren, ins Netz kam, stürmisch nach dem Isolierraum verlangte, „um sich austoben zu können". Es wurde mit dem Dauerbad versucht und seitdem hat auch diese Behandlung den gewünschten Erfolg.

Kranke, die früher isoliert waren, haben mir wiederholt gesagt, als sie klar wurden, daß sie mit der jetzigen Behandlung zufrieden sind. Der Isolierraum, wenn er auch ausgiebiger in der Bewegung gewesen wäre, habe immer etwas Unheimliches für sie gehabt, schon um deswegen, weil sie sich so allein und abgeschlossen gefühlt hätten.

Das Netz hat auch eine gewisse suggestive Wirkung. Schon das einfache Legen in das Netz, ohne dasselbe zu schließen, genügte bei einigen Kranken, um dieselben im Bett zu halten. Bei einer Kranken mit Vorstellungen persekutorischen Inhaltes machten wir die Beobachtung, daß sie z. B. zur Befriedigung eines Bedürfnisses nur so lange außerhalb des Netzes blieb, wie es durchaus notwendig war, und dann sofort wieder die Umhüllung begehrte, scheinbar in dem Gedanken, daß ihr im Netz nichts geschehen könnte. Regel ist, daß sobald es irgend geht, das Netz geöffnet oder ganz entfernt wird.

Als Schädigungen durch das Netz könnte man anführen, daß namentlich bei Frauen die Haare in Unordnung geraten und daher öfter gekämmt werden müssen. Bei sehr zarter Haut und großer Unruhe kommt auch einmal eine durchgeriebene Stelle vor, doch haben wir nie davon üble Folgen gesehen, auch ist das durch Aufmerksamkeit zu vermeiden und fällt im Vergleich zum Vorteil der Methode nicht schwer ins Gewicht. Im übrigen hat auch die Badebehandlung nach dieser Richtung gewisse Schattenseiten. Ich darf nur an die Badeekzeme erinnern.

Die Einzelbeobachtungen, die zugunsten der Netzbehandlung sprechen, hier weiter auszuführen, würde unsere Zeit zu sehr in Anspruch nehmen, ebenso eine Aufzählung der Formen der Seelenstörungen, die sich für die Netzbehandlung eignen oder nicht.

Mit der Methode der Netzbehandlung im Verein mit Dauerbädern und Schlafmitteln haben wir für unsere Verhältnisse den Isolierraum aufgeben können.

Das in den letzten zehn Jahren zugewachsene Personal kennt keine andere Maßnahmen für unruhige Kranke.

Das Netz ist Schutz für den Kranken und Schutz für die Umgebung des Kranken und nicht minder für die in der Nähe befindlichen Sachen (Fenster-

scheiben etc.). Es ist eine große Erleichterung der Bettbehandlung und spart Personal.

Wir haben mit dieser Behandlung durchaus befriedigende Resultate erzielt und möchten sie nicht mehr entbehren.

Da wir zehn Jahre der Erfahrung hinter uns haben, in der wir die besprochene Methode ausgebaut haben, wollte ich doch Ihre Aufmerksamkeit darauf lenken.

Man kann uns nicht entgegnen, daß wir vielleicht doch nicht so Schwerkranke haben und deswegen den Isolierraum entbehren können. Schon deswegen nicht, weil wir alle Kategorien von Geisteskranken in unserer Anstalt haben müssen und weil wir nicht in der Lage sind, unsere Kranken in eine andere Anstalt abschieben zu können. Es gibt also erregte Kranke recht viel bei uns.

Was uns noch veranlaßt hat, die Netzbehandlung auszubauen, liegt in unserem nicht großen Lande, wo die Berührung zwischen Heilanstalt und Publikum eine sehr innige ist; und weil wir einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz, über 17%, Kranke besserer Klassen haben.

Für das Publikum ist aber eine Hängematte etwas Harmloses, während man das vom Isolierraum oder Einzelzimmer, was schlechtweg genannt wird, nicht sagen kann.

Sie werden mir glauben, daß ich am liebsten auch gern ohne Netz ausgekommen wäre. Das hat sich aber bei uns nicht verwirklichen lassen. Zu der Netzbehandlung zwang uns die Not. Wir hatten 1901 eine Patientin, die drei Jahre bei uns war und dann genesen entlassen werden konnte. Die letzte Nachricht stammt vom Frühjahr dieses Jahres. Sie ist bis dahin gesund geblieben. Sie machte mehrere Perioden der äußersten Unruhe durch. Dabei stürzte sie sich rücksichtslos aus dem Bett und suchte sich auf alle mögliche Art zu schädigen.

Es waren meist vier Personen nötig, um die Patientin zu halten. Bei dieser Tag und Nacht dauernden Anspannung wurde das Personal verbraucht.

Im Bade ging es nicht, mit dem Wickel hatten wir schlechte Erfahrungen gemacht, Hypnotica konnten in so großem Übermaß nicht gegeben werden, der Isolierraum war bei dieser Form der Erkrankung nicht am Platze, denn die Kranke hätte sich ohne weiteres den Schädel eingerannt.

Da kam uns der Gedanke, es mit einer Hängematte zu versuchen, die schwebend befestigt werden sollte.

Wunderbarerweise war das gar nicht nötig. Die Kranke beruhigte sich, als sie mit der Hängematte ins Bett gelegt wurde, wie ja solche verblüffenden Momente bei Katatonikern nichts seltenes sind, und seit der Zeit haben wir die Netzbehandlung eingeführt und ausgebaut.

Für diejenigen, die mir entgegenhalten möchten, daß Isolierräume nötig sind, um die laut störenden Elemente aus den Wachsälen zu entfernen, möchte ich hinzufügen, daß ich auf der Weiberabteilung fünf, darunter einen kleinen teilbaren zu sechs und drei Personen, und auf der Männerseite zurzeit vier Wachsäle eingerichtet habe und der fünfte hier noch dazu gebaut werden wird.

Wir sind also in der Lage, die Krankheitsformen auseinander zu halten.

Ich möchte dabei bemerken, daß ich gerade bei den seit Jahrzehnten in Pausen in die Anstalt wiederkehrenden z. B. manischen Kranken, die früher isoliert wurden, nicht die Erfahrung gemacht habe, daß etwa die Krankheit im Isolierraum anders verlaufen ist als im Wachsaal, ja ich möchte fast sagen, daß bei der jetzigen Behandlung das „Austoben" nicht so grell in die Erscheinung tritt.

Man könnte einwenden, das Dauerbad ist eine gewisse Isolierung, aber bei der Netzbehandlung trifft das in keiner Weise zu.

Ich habe über die Anwendung der Netzbehandlung bisher von anderen Anstalten nichts gehört, auch nichts gelesen und habe sie Ihnen, nachdem wir eine durch zehn Jahre erprobte Erfahrung haben, hier vorgetragen.

Ich würde mich freuen, wenn ich durch meine Anregung dort, wo die Verhältnisse es erlauben, zu einem Versuch ermuntert hätte. Autoreferat.

(Fortsetzung folgt)

— ***Zur Geschichte der Anwendung von prolongierten und Dauerbädern bei Geisteskrankheiten.*** Daß die seit ca. 2 Jahrzehnten in steigendem Maße in Anwendung gekommene Behandlung von Geisteskrankheiten mit prolongierten und Dauerbädern bereits vor fast 70 Jahren in Frankreich bekannt war und geübt worden ist, wenn auch wohl nur an wenigen Anstalten, dürfte in Vergessenheit geraten sein. Ein Hinweis darauf ist vielleicht willkommen; wenn er den Nachteil hat, nicht den ursprünglichen Quellen entnommen zu sein, so enthalten doch die aus unserer Literatur stammenden Belege zugleich die Ansichten damaliger deutscher Psychiater über diese Behandlungsmethode.

Damerow schreibt in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie", Bd. III, S. 514, 1846, in der Besprechung von: Leopold Turk, Mémoire sur la nature de la folie et sur le traitement à lui opposer. Paris et Plombières 1845, 57 Seiten:

„ . . . Bei der Behandlung der Seelenkrankheiten (Kap. 5) kommt es nach dem Verf. lediglich auf Verminderung dieser überflüssigen Elektrizität an. Dies geschieht durch Brech- und Abführmittel, Aderlässe, säuerliche Waschungen, ganz vorzüglich aber und unvergleichlich mehr durch laue Bäder, welche am richtigsten und sichersten den Wahnsinn heilen. Die lauen Bäder müssen aber nicht 1 bis 2 Stunden, sondern einen und mehrere Tage hintereinander gebraucht und je nach dem Bedürfnis mehrere Monate fortgesetzt werden. Hierdurch, behauptet er, werden und müssen $^4/_5$ und hoffentlich noch mehr aller Seelenkrankheiten geheilt werden.

Diese Methode der Anwendung lauer Bäder mit den angegebenen Indikationen und Kautelen, wenngleich schon im Rufus erwähnt und im 16. Jahrhundert in Pfeffers und früher auch in Plombières, wo der Verf. Arzt ist, angewendet, ist gewiß eine sehr beachtens- und dankenswerte, daher zu praktischen Versuchen, in Voraussicht guter Wirkung bei möglicher Ausführbarkeit in geeigneten Fällen, auffordernde.

Es versteht sich von selbst, daß in Folge der einseitigen Theorie des Verf. die Anwendung jener Tag und Nacht fortgesetzten lauen Bäder übertrieben und überschätzt wird und dem Verf. das unbefangene Urteil über Wirkung des Mittels

und über Mitwirkung anderer Mittel vielfach verloren geht. So z. B. hat er bei den am Schluß der Abhandlung mitgeteilten kurzen aber praktischen Beobachtungen, meistens dankbaren frischen Fällen, außer Acht gelassen die Mitwirkung der auch angewandten Aderlässe, Brech- und Purgiermittel, der Übergießungen, der Diät, der Entziehung des Schlafs, der weiten ermüdenden Spaziergänge, der Veränderung des Aufenthaltsorts — Bad zu Plombières —, der Einwirkung dieser Bäder an sich und der gewaltigen Coërcitivmaßregel: Leute mehrere Tage und Nächte im Bade zu erhalten, — abgesehen aber selbst von den in mehreren Fällen sehr bald eingetretenen Rückfällen.

Die Schrift hat keinen wissenschaftlichen, aber beschränkten praktischen Wert durch die neu zu nennende oder wenigstens renovierte tagelange Anwendung lauer Bäder. Dw."

Turk hatte die Theorie aufgestellt, daß der Wahnsinn die Folge einer abnormen Anhäufung von Elektrizität in der Haut sei, wodurch krankhafte Spannung und Überreizung des Gehirns entstehe.

Was würde Damerow zu mancher „wissenschaftlichen" Theorie der modernen Medizin sagen?

Mit der Elektrizität des Körpers haben die Bäder gleichwohl Wichtiges zu schaffen.

In derselben Zeitschrift findet sich Bd. V, S. 299, 1848, über diesen Gegenstand folgende Notiz:

„Nutzen langdauernder Bäder gegen akuten Wahnsinn. — Brierre de Boismont hat in seiner der Akademie der Wissenschaften gelesenen Denkschrift seine Erfahrungen über die stundenlang fortgesetzten Bäder und Begießungen gegen akuten Wahnsinn niedergelegt — ein Verfahren, welches bekanntlich L. Turk in Plombières auch besonders gegen akute Fälle angewendet hat, worüber in der Zeitschrift (Bd. III, S. 515) in der Rezension der Turk'schen Schrift das Nähere mitgeteilt ist.

Br. hat die Bäder mit Übergießungen 6 bis 14 Stunden lang bei 28°*) Wärme in bedeckten Wannen angewendet, am glücklichsten beim Säuferwahnsinn, akuter Manie und Monomanie, sowie bei Puerperalmanie, von welcher er auch eine Krankheitsgeschichte und Heilung (nach dem fünften Bade) anführt. — In manchen Fällen läßt die Aufregung nach den ersten Stunden des Badens nach, gewöhnlich erst nach 6 bis 8 Stunden, in andern nicht. Exaltation tritt in der Regel wieder um Mitternacht, oder etwas später ein. Rückfälle sind nicht selten. Übrigens wendet auch Br. wie Turk zugleich Blutentziehungen, Abführ- und Brechmittel an, wodurch die einfache Beobachtung der Wirkungen der Bäder kompliziert wird. — Die Versicherung einer ungünstigen Prognose für Anwendung der Bäder, bei Manie im Übergange zur Verwirrtheit, mit Epilepsie, allgemeiner Lähmung ist überflüssig, wenn Verf. sich nicht völlig unerfahrnen Ärzten in der Psychiatrie gegenüber gedacht hat."

Über die Indikation der prolongierten und Dauerbäder und über die Elemente ihrer Wirkung herrscht bekanntlich selbst trotz psychophysischer Untersuchungen in manchen Punkten auch jetzt noch nicht die wünschenswerte Klarheit und Präzision!

Jedenfalls hat die neue Methode damals nicht diejenige Aufnahme und Nachprüfung gefunden, die sie verdient hatte. Dr. Bresler.

— **Schutz vor geisteskranken Verbrechern in Deutschland.** Abg. Schiffer-Magdeburg (Nat.) fragte in der Sitzung des Reichstages vom 11. Dez. an: Gedenkt der Herr Reichskanzler noch vor der allgemeinen Reform des Strafrechts gesetzgeberische Maßnahmen herbeizuführen, um einen wirksamen Schutz gegen Verbrecher zu gewähren, die wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung geblieben oder freigesprochen worden sind?

*) sc. Réaumur.

Staatssekretär des Reichsjustizamts Dr. Lisco beantwortete die Anfrage wie folgt: In dem Entwurf zum neuen Strafgesetzbuch und auch in den Arbeiten der Strafrechtskommission sind verschiedene Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft gegen verbrecherische Personen vorgesehen. Zu diesen Maßnahmen gehört die Verwahrung verbrecherischer Irrer, die wegen ihres Geisteszustandes freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt worden sind, in Heil- oder Pflegeanstalten. Diese Verwahrung kann vom Strafrichter angeordnet werden, wenn die öffentliche Sicherheit diese Maßregel erfordert. Bei dem vorgeschlagenen System der sichernden Maßnahmen handelt es sich um eine grundsätzliche und einschneidende Neuerung gegenüber dem geltenden Strafrecht. Die dabei entstehenden Fragen können aber nur im Zusammenhang und nicht als eine einzelne Maßregel erörtert werden. Deshalb ist nicht beabsichtigt, die bestehenden landesrechtlichen Bestimmungen wegen Unterbringung verbrecherischer Irrer noch vor der allgemeinen Revision des Strafgesetzbuches durch reichsgesetzliche Maßnahmen zu ergänzen.

— **Schutz vor geisteskranken Verbrechern in Österreich.** Im Niederösterreichischen Landtag vom 25. Sept. 1912 stellten die Abgeordneten Dr. Scholz und Genossen an den Landesausschuß Bielohlawek mit Bezug auf das Attentat eines angeblich Geisteskranken, namens Prinz, auf den Weihbischof Dr. Pfluger folgende Anfrage: „Ist der Attentäter nach Ansicht der kompetenten Fachmänner ein Geisteskranker oder ist er ein Verbrecher? Warum hat man ihn, wenn er geisteskrank ist, nicht in einer Landesirrenanstalt zurückgehalten, beziehungsweise, warum wurde er, wenn er ein Verbrecher ist, nicht einer Strafanstalt überantwortet?"

Landesausschuß Bielohlawek erwiderte: Prinz stand fünfmal in niederösterreichischen, zweimal in ausländischen Irrenanstalten in Pflege. Die Diagnose lautete stets auf „degeneratives Irresein", eine Diagnose, die in dem offiziellen österreichischen Schema überhaupt nicht vorkommt und die allein schon beweist, daß Prinz an keiner derjenigen Krankheitsformen leidet, welche nach allgemeiner Anschauung das betreffende Individuum ohne weiteres als geisteskrank und irrenanstaltbedürftig erscheinen lassen. Die Nachrichten, zufolge denen Prinz an epileptischen Anfällen leiden soll, sind unrichtig. Ebensowenig ist es erwiesen, daß Prinz ein Brandleger war; er hat sich der Brandlegung lediglich beschuldigt, um in seiner Eitelkeit von sich reden zu machen. Aus demselben Grunde hat er sich später fälschlich eines Mordes bezichtigt. In unseren Anstalten war er stets geordnet, klar, zeigte gute intellektuelle Fähigkeiten, benahm sich immer ganz der Anstaltsdisziplin und der Situation entsprechend, kurz, er bot keine Handhabe, ihn für geisteskrank und für irrenanstaltsbedürftig zu erklären und mußte entlassen werden. Selbstverständlich ist Prinz ein Mensch, der vom Normaltypus abweicht; er ist ein von Haus aus schwer erziehbares, arbeitscheues, verlogenes, zu auffälligen Handlungen neigendes, von

maßloser Eitelkeit beherrschtes und bei gut erhaltener Intelligenz des moralischen Empfindens bares Individuum, ein Degenerierter, ein Minderwertiger.

Wollte man alle derartigen Elemente den Irrenanstalten aufhalsen, so würden damit den Provinzen Pflichten auferlegt werden, deren Erfüllung nicht ihnen, sondern dem Staate zukommt. Der Landesbehörde liegt es fern, sich in wissenschaftliche Streitigkeiten zu mengen und in der theoretischen Streitfrage Stellung zu nehmen, ob jeder vom geistigen Durchschnittstypus abweichende Mensch als geisteskrank anzusehen ist und ob im speziellen Falle die Minderwertigen und Degenerierten so ohne weiteres als Geisteskranke aufzufassen und in den Landesirrenanstalten unterzubringen sind. Ihr genügt es, wenn diejenigen Faktoren, welche ihr Wissen und ihre Erfahrung hierzu befähigt — die Anstaltsärzte — offiziell erklären, daß letzteres nicht der Fall ist.

Seit Jahren gehen die Bestrebungen der kompetenten Faktoren dahin, in den bisherigen, gewiß unhaltbaren Verhältnissen Wandel zu schaffen und ein neues Irrengesetz zu erwirken, das endlich die Möglichkeit schafft, die obgeschilderten Elemente durch gerichtlichen Urteilsspruch in Detentionsanstalten dauernd unschädlich zu machen. Wir brauchen ein solches Gesetz notwendig, und wir müssen verlangen, daß der Staat endlich seinen diesbezüglichen Aufgaben nachkommt. Unsere Sache ist es nicht, Vorbeugungsmaßregeln zu treffen, damit solche Fälle, wie der Fall Prinz, nicht mehr vorkommen können. Das zu verhüten, ist Sache des Staates. Wenn er dies nicht zu tun gewillt ist, weil er weiß, welche Lasten er damit selbst übernimmt, und wenn er glaubt, nur anordnen und nörgeln zu dürfen und die Landesirrenanstalten für seine Zwecke benutzen zu können, so hoffe ich im Sinne der versammelten Landesvertretung zu sprechen, wenn ich meiner Meinung dahin Ausdruck gebe, mich als Referent gegen derartige Bestrebungen verwahren zu müssen.

Ich erkläre deshalb bestimmt, daß ich keinerlei Verfügungen treffen werde, welche dahin gehen, die Anstaltsärzte in ihrer freien Entschließung zu beeinflussen, ich erkläre ausdrücklich, daß ich mich nach wie vor als Referent des Landesausschusses für Humanitätsanstalten, nicht aber für Detentions- und Strafanstalten betrachte, und ich erkläre schließlich, daß ich für meine Person die Bestrebungen der Irrenanstaltsärzte, die dahin gehen, die Anstalten von derlei Existenzen wie Prinz und Konsorten zu befreien, aufs nachdrücklichste unterstützen werde. (Lebhafter Beifall bei der Majorität.)

— **Schutz vor geisteskranken Verbrechern im Königreich Sachsen.** Die staatlichen Maßnahmen gegen gemeingefährliche Geisteskranke werden in Zukunft eine Verschärfung erfahren. Es handelt sich dabei in erster Linie um die Vorschriften über die Unterbringung gefährlicher geisteskranker Verbrecher durch die Polizeibehörden in öffentlichen Anstalten. Künftig sollen, wie in einer soeben erlassenen Verordnung des Sächsischen Ministerium des Innern bestimmt wird, in allen Fällen, in denen Angeklagte wegen Geisteskrankheit freigesprochen werden, oder in denen das Strafverfahren eingestellt oder die Strafvollstreckung ausgesetzt wird, die Polizeibehörden des Wohnortes oder des Aufenthaltsortes durch die Gerichtsbehörden sofort Nachricht erhalten, um die geeigneten Maßnahmen zum Schutze der Allgemeinheit ergreifen zu können. Weiter werden den zuständigen Amtshauptmannschaften oder Stadträten die Strafakten zur Orientierung übermittelt werden. Ebenso ist dafür Sorge getragen worden, daß der Unterbringung gemeingefährlicher Irrer in den Landesanstalten durch die Platzfrage keinerlei Schwierigkeiten mehr entgegenstehen werden. Die sächsische Verordnung vom 23. August 1874 über die Zuständigkeit in Angelegenheiten der öffentlichen Irrenfürsorge legt nämlich den Ortspolizeibehörden die Verpflichtung auf, gegen gemeingefährliche Irre solche Maßregeln zu ergreifen, wie sie die Dringlichkeit erheischt, insbesondere schleunigst der vorgesetzten Amtshauptmannschaft Anzeige zu erstatten, die dann die Unterbringung in eine Landesanstalt herbeizuführen hat. In Städten mit der revidierten Städteordnung ist die Unterbringung Aufgabe des Stadtrates.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 39. 28. Dezember **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Professor Dubois und die „Arbeitstherapie“.

Eine Verteidigung

von G. Chr. *Schwarz* †.

Dubois, der bekannte Nervenarzt und Vertreter der logischen Psychotherapie, hat mir auf eine Anfrage hin seine Meinung über den Wert der sogenannten Arbeitstherapie brieflich bekannt gegeben. Ich bin ermächtigt, diese Äußerung zu veröffentlichen und ihr gegenüber die „Arbeitstherapie“ zu verteidigen. Dieser Aufgabe unterziehe ich mich gern im Hinblick auf die Bedeutung Dubois' und weil mich die Jahre gelehrt haben, daß man gar nicht genug tun kann, das Wesen und den Wert der „Arbeitstherapie“ in das rechte Licht zu rücken.

Der Brief von Dubois lautet:

„Ich kenne Sie als Verfasser eines Buches über die Behandlung der Nervosität. Ich schätze das Buch sehr hoch und habe es öfters meinen Patienten empfohlen. Dagegen bin ich gerade in betreff der „Arbeitstherapie“ nicht einverstanden.

Ich bin zwar auch überzeugt, daß ein Patient aus seiner Nervosität herauskommt, wenn er einmal eine regelrechte ihn befriedigende Tätigkeit hat. Gewiß, das ist Tatsache. Dagegen ist meine Erklärung der Wirkung eine andere.

Wodurch kommt ein Nervenkranker zu dieser befriedigenden Arbeit? Durch eine Umstimmung, durch bessere Einsicht, durch eine bessere Lebensphilosophie. Das Primäre ist diese seelische Umwandlung, welche erst sekundär die Aufnahme einer regelrechten Tätigkeit nach sich zieht.

Ich erblicke daher das Hauptziel in der Bildung des Geistes und des Gemütes, und wenn die Patienten nun zu einer geregelten Arbeit kommen, so liegt darin der Beweis, daß die erstrebte Umwandlung stattgefunden hat. Wir spannen unsern Ochsen verschieden an: Sie wollen die Seele heilen durch den wohltuenden Einfluß der geregelten Arbeit, ich will den Geist zuerst korrigieren, damit die Arbeit möglich werde.

In meiner 30jährigen Praxis habe ich das Bedürfnis nie empfunden, meine Patienten zu „beschäftigen“, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Meine Kuren dauern nie sehr lange, höchstens zwei Monate; eine erzieherische Wirkung der Arbeit in dieser Zeit hätte keinen großen Wert.
2. Meine Kranken sind bei ihrer Ankunft entschieden ermüdet und bedürfen sehr oft der körperlichen und geistigen Ruhe; bei einem Drittel derselben muß ich sogar die Liege- und Mastkur anwenden.
3. Zwei Drittel meiner Patienten sind eben weniger krank und leben unter den Verhältnissen einer Villeggiatur in Aufenthalten von vier bis sechs Wochen. Sie zerstreuen sich, wie sie können, durch Spaziergänge, leichtere Lektüre. Die Hauptsache bleibt das psychotherapische Gespräch.

In meinem Behandlungsplane ist also kein Platz für diese Arbeitstherapie. Sie könnte höchstens in Frage kommen bei ganz chronischen Fällen von Neurasthenie, die Monate oder Jahre in Behandlung sein sollten. Solche Fälle kann ich aber in meiner Klinik nicht aufnehmen und muß sie anderen Kollegen anvertrauen, die ein Sanatorium haben, in welchem sie wohnen. Da könnte allerdings eine geregelte Arbeit in Frage kommen, obgleich ich nie gesehen habe, daß sie zu größeren Erfolgen geführt hätte. Diese Fälle sind sehr selten, wenn man die Psychotherapie zu handhaben weiß; es sind dann schwere Degenerierte, bei denen die Aussichten meist sehr trostlos sind. Ich bin auch überzeugt, daß eine wahrhaft befriedigende Arbeit nur in der Berufsarbeit liegen kann und niemals in einer beliebigen Beschäftigung, die nur zum therapeutischen Zweck unternommen wird. Man kann ja wohl während einiger Wochen Freude an manueller Arbeit haben, an der Tischlerei, Buchbinderei, Gärtnerei. Diese Arbeit wird aber bald langweilig werden. Sie wirkt auch nur anfangs durch Zerstreuung seelenumstimmend, und ein großer Teil dieser Erfolge ist suggestiver Art, indem der Arzt den Patienten die Macht dieser Arbeitstherapie geschildert hat.

Was der Patient gewöhnlich will, das ist, zu seiner Berufsarbeit fähig zu werden, und das kann er nur, wenn er die psychische Natur seines Leidens erkannt hat, seine Impressionabilität bekämpft hat und zu einer mutigen Stimmung gekommen

ist und diese kann man ihm nur durch Zureden beibringen. Es gelingt dies auch in 98 Proz. der Fälle in sechs bis acht Wochen. Was brauche ich Arbeitstherapie für diese kurze Behandlungszeit?

Sanatorien mit Arbeitstherapie würden mir wünschenswert erscheinen für die fast unheilbaren Patienten, welche jahrelang weg von der Familie leben müssen und zu einer Berufsarbeit nie kommen können. Diese Fälle sind allerdings nicht so selten. Ihre Zahl wird noch erheblich abnehmen, wenn die Ärzte besser die Vernunftspsychotherapie anwenden und sie auch auf die Angehörigen der Patienten ausdehnen. Was uns not tut, das ist ethische Erziehung.

Der Briefwechsel mit Dubois fällt in die Zeit, als ich gerade meinen Aufsatz: Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie" (s. Nr. 38 bis 44 des Jahrg. 1907/08 dieser Zeitschrift) zum Abschluß gebracht hatte. Ohne etwa an Dubois allein oder nur im besonderen gedacht zu haben, vielmehr überhaupt zur Klarstellung des Verhältnisses der Arbeitstherapie im engeren Sinne zur reinen Psychotherapie jedweder Art habe ich mich, wie folgt, geäußert:

„Der (reinen) Psychotherapie — den Eindruck habe ich immer wieder erhalten — liegt vielfach eine zu spiritualistische, das Schwergewicht des Leibes zu gering achtende Auffassung der nervösen Leiden zu Grunde. Damit wären wir nach der bisher herrschenden einseitig materialistischen Auffassung beim gegenteiligen Extrem angekommen. Die Arbeitstherapie — das Wort diesmal mehr im engeren Sinne verstanden — umfaßt implicite ein hohes Maß natürlicher, organisch von innen wirkender psychotherapeutischer Kraft. Hierdurch ist die Arbeitstherapie auch der berufenste Mahner für die reine Psychotherapie, sich nicht in den Lüften zu verlieren und sich vor allem auf die Arbeitsbehandlung als ihren natürlichen Boden zu stützen. Wenn das die reinen Psychotherapeuten anerkennen und ihr Wirken nötigenfalls danach wandeln, dann ist das beiderseitige Verhältnis ein so freundnachbarliches, daß „beide" Therapien in einander übergehen, eben die Regelung der Tätigkeit ausmachen."

Läßt man den Brief Dubois' als Ganzes auf sich wirken, so ist der Eindruck der: Auch Dubois gibt zu, daß wohl etwas daran sei an der Arbeitstherapie, nur lehnt er sie für seine Person und für seine Praxis ab, und wenn die Verwertung des von ihm geschaffenen oder doch von ihm besonders eingeübten und gehandhabten Instrumentes der Vernunftspsychotherapie erst einmal allgemein geworden sei, dann werde die Arbeitstherapie in die Versorgungs-Anstalten der fürs Leben unheilbaren Psychopathen zurückgedrängt sein.

Das Büchlein von mir, dessen Dubois ausdrücklich gedenkt, betitelt sich: „Das einzige Heilmittel bei Nervenleiden (Neurasthenie etc.)", 1. Aufl. 1899, 6. Aufl. 1907. In dieser den Kranken gewidmeten Schrift habe ich das Wesen der Nervenschwäche klar zu legen versucht und auf das Unsichere und unter Umständen selbst direkt Schädliche der üblichen Behandlungsweisen hingewiesen. Weil ich mir aber sagen mußte, daß den besten, natürlichen Heilweg zu begehen zur Zeit in so vielen Fällen noch mindestens mit schweren Hemmungen verknüpft ist, so suchte ich das positive vor allem auch mittelst der Darstellungsweise zu bieten, indem ich die Leser sich ständig von innen beleuchtet sehen ließ. Die Lektüre allein schon soll befreiend wirken, und durch die Förderung der Selbsterkenntnis, der ruhigen Gelassenheit und des Selbstvertrauens in aller Krankheitsnot wollte ich nachwirkend in der Psyche des kranken Lesers einen Wall aufrichten, an dem sich alle Anfechtungen, auch die aus der Leiblichkeit kommenden möglichst brechen sollen. Diese psychische Beeinflussung ist offenbar das, was Dubois an dem Büchlein hochschätzt. Aber selbst wenn an Stelle des geschriebenen Wortes das gesprochene tritt und selbst dann, wenn ein Dubois mit seiner, wie ich gern annehme, großen Anpassungsfähigkeit an den Einzelfall, Erfahrung und dialektischen Gewandtheit das Wort handhaben sollte, geht meine Überzeugung doch dahin, daß sehr oft eine Regelung der gesamten Lebensweise des Erkrankten, somit auch der willkürlichen körperlichen Tätigkeiten und der Sinne in der Richtung der Aktivität, zur Genesung vonnöten ist. Deswegen ist es die Nebenaufgabe genannter Schrift, auf die Notwendigkeit der Errichtung von Nervenheilstätten mit „Arbeitstherapie" hinzuweisen. Hier glaubt nun Dubois, nicht mithalten zu können, im Gegensatz zu so vielen andern, die das Programm vertreten.

Man wird begreifen, daß ich gerade von Dubois eine zustimmendere Haltung erwartet hatte. Hat sich Dubois genau über die Absichten der Vertreter der sogenannten Arbeitstherapie unterrichtet, und kennt er insbesondere mein Buch: „Über Nervenheilstätten und die Gestaltung der Arbeit als Hauptheilmittel"? — diese Frage, mehr zwischen den Zeilen lesbar, als direkt gestellt, legte ich in einem zweiten Brief nahe und hoffte, in der Antwort eine Annäherung zu finden. Die Erwiderung ist aber nicht minder ablehnend ausgefallen, wie besonders folgende zwei Absätze bekunden:

„Unser Gegensatz ist: Sie wollen durch die Übung in der Arbeit die seelische Umwandlung bewirken. Ich will dagegen erst die moralische Orthopädie wirken lassen, damit bald die (Berufs-)Arbeit möglich werde. Sie vergessen, daß die Vorstellung der Tat vorangeht."

Und dann als „Schlußwort":

„Ich kann also die „Arbeitstherapie" nur als ein

kleines(!) Hilfsmittel der Psychotherapie ansehen, das nur bei chronischen Fällen notwendig werden kann, und lege das Hauptgewicht auf eine rationelle seelische Behandlung. Ihr Hauptziel ist, die Patienten von der Überzeugung der Unfähigkeit zu befreien und sie wieder fähig zu machen, ihre Aufgabe im Leben zu erfüllen."

Ich gehe nun zur kritischen Beleuchtung des Inhaltes von Dubois' Briefen im einzelnen über. Ich werde hierbei Dubois möglichst dicht nachgehen, wenn dadurch auch die Darstellungsweise für mich sehr erschwert und die Wiederholung einzelner Gedanken nicht zu vermeiden sein wird.

Die ersten Sätze nötigen zur Annahme, als ob es sich da ausschließlich oder doch vorzugsweise um reiche Müßiggänger handele, denen zur Befreiung von ihren nervösen Leiden der Ausspruch Friedrichs des Großen: „Es ist nicht nötig, daß ich lebe, sondern daß ich tätig bin", vorgehalten und, in allen Variationen und Tonarten gesprochen, eingeimpft werden muß. Hier lasse ich mir eine solche „moralische Orthopädie" gern gefallen, sie ist da ganz am Platze. Möchte es Dubois nun auch gelingen, recht viele solcher Toren in die rechten Bahnen zu bringen.

Anders wieder ist es mit der großen Mehrzahl der Menschen, die zu ernster Arbeit gewillt und genötigt waren und nun nervös erkrankt beiseite stehen müssen. Da führt auch Dubois die bestehende Ermüdung als Kontraindikation gegen die Arbeitsbehandlung ins Treffen. Mich kann der immer und von fast allen Seiten wiederkehrende Hinweis auf die Ermüdung nachgerade ganz ärgerlich machen. Einem Erschöpfungszustand oder nur sehr geringer Leistungsfähigkeit gegenüber besteht die Regelung der Tätigkeit ganz selbstredend in dem Verordnen weitgehendster Ruhe. Sobald aber die Ruhe das ihrige getan hat, und nun der weitere Fortschritt der Genesung sich nur langsam vollzieht oder aber wegen ungenügender Elastizität des Organismus ganz ausbleibt, muß die Führung zu angemessener Aktivität einsetzen. Dann sieht man sich die Leute daraufhin an, welche Organe bei ihnen am frischesten geblieben sind, und diese zieht man vor allem und am stärksten zur Anspannung heran. Auf diese Weise sollen in den vorhandenen Zustand chronischer, stumpfer Müdigkeit normale, heilsame Ermüdungen hineinerzeugt und so die chronische Müdigkeit allmählich aus dem Organismus hinausgedrängt werden.

Mit seiner Auffassung, die zum therapeutischen Zweck unternommene manuelle Arbeit in Gärtnerei, Tischlerei u. a. wirke nur anfangs und zwar durch Zerstreuung seelenumstimmend und werde bald langweilig, befindet sich Dubois sehr im Irrtum. So vornehmer Art und unter Umständen nützlich die Zerstreuung — besser gesagt: Ablenkung — durch Arbeit ist, das wäre ein schlechter Arbeitstherapeut, der nicht klar bewußt einen besseren Gebrauch von seinem Instrument zu machen verstände. Es gibt eine Indikationsstellung, nach welcher diese oder jene Art der Verrichtung zu wählen ist, und bei richtiger Durchführung in psychologischer und technischer Hinsicht wirkt die Arbeit dann durchaus befriedigend. Durch Anregung und Übung von Kräften, die bisher geschlummert haben, unterdrückt worden sind oder doch ungenügend angespannt waren, erstreben wir auf die natürlichste Weise die Wiederherstellung der gestörten Harmonie in Leib und Seele. Sobald eine Betätigung langweilig zu werden droht, dann hat sie das ihrige getan, dann ist ihr fördernder Einfluß erschöpft. Ist dann das Ziel der Genesung noch nicht erreicht, so müssen andere, dem veränderten körperlichen und seelischen Zustand entsprechende Betätigungen den Umstimmungsprozeß weiter und zu Ende führen. Eine richtig geleitete „Arbeitskur" ist von Anfang bis zum Schluß ein fröhliches Sichrecken und -strecken, ein Wiederbefriedigtwerden nach oft langem Unbefriedigtsein.

Ich führe hierzu die Sprache der Praxis ins Feld:

M. Laehr sagt: „Ist der Einwand wirklich richtig, daß die sogenannten Kopfarbeiter durch die manuelle Arbeit nicht befriedigt werden? Nach meiner Erfahrung gehören zu den eifrigsten Arbeitern in der Werkstätte und im Garten unter den Kranken gerade Vertreter der wesentlich intellektuellen Berufszweige. Nicht nur, daß sie instinktiv die Wohltat fühlen, welche nach Ausschaltung einseitiger geistiger Tätigkeit eine regelmäßige mechanische Beschäftigung für ihr psychisches, wie ihr allgemeines körperliches Wohlbefinden mit sich bringt . . ., nein, auch der Inhalt der Arbeit fesselt sie bald und gibt ihrer krankhaften Gedankenrichtung ein, wenn auch eng begrenztes, aber doch bestimmtes Ziel. Gerade bei solchen Kranken muß man besonders Sorge dafür tragen, daß sie in ihrem Eifer nicht zu hastig arbeiten und damit aus der richtigen Arbeit eine falsche machen."

Aus meiner eigenen Praxis als Arbeitsleiter will ich Dubois einen Postdirektor, einen Korrektor und einen Geometer namhaft machen, die nach gut ausgenutztem Kuraufenthalt sich zuhause eine Tischlerei einrichteten, ganz aus eigener Initiative.

Und nun frage ich: Ist der Einwand noch aufrecht zu erhalten, daß die manuelle Arbeit bald langweilig werde und besonders daß sie langweilig werden müsse, noch ehe der erreichbare heilsame Effekt auch wirklich erzielt ist?

Ein großer Teil der durch die Arbeitstherapie zu erzielenden Erfolge sei suggestiver Art! Das stimmt wieder nicht; Dubois unterschätzt oder verkennt sogar völlig die den veränderten Betätigungsverhältnissen

innewohnende reelle psychotherapische Macht, auf die ich schon vorhin hingewiesen habe. Nicht nur fröhlich und zuversichtlich ist der richtig Tätige, sondern er erfährt auch, lediglich aus seinem Tun heraus, eine Bereicherung und Korrektur seiner Denk- und Betrachtungsweise und reift in der Selbsterkenntnis. Es ist garnicht nötig, daß der Arzt den Patienten die Macht der Arbeitstherapie in tönenden Worten oder mit wichtiger Miene schildert: aber natürlich kann es nur vorteilhaft sein, über die Wirkungsweisen der verschiedenen Arten aktiven Verhaltens erklärend zu sprechen. Wenn ich nun weiter sage, man kann und soll erforderlichenfalls dem seelischen Umstimmungsprozeß durch das gesprochene Wort in Gestalt geeigneter kurzer Vorträge und psychotherapischer Einzelsitzungen zu Hilfe kommen, so freue ich mich zugleich, hier mit Dubois mich wieder zusammengefunden zu haben.

Nicht immer ist die Arbeit das direkte Heilmittel, aber auch dann sind ihre Wirkungen so reell, daß man von Suggestion nicht reden darf.

M. Laehr macht im besondern auf folgendes aufmerksam. Bekanntlich sind bei vielen aus körperlichen Berufsarten kommenden Leuten nicht sowohl die Arbeit an sich als vielmehr die mit derselben verbundenen gemütlichen Erregungen und viele andere schädliche Einflüsse Ursachen der Erkrankung. Bei diesen oft von klein auf an regelmäßige mechanische Arbeit Gewöhnten wirke die plötzliche und völlige Entziehung jeder muskulären Anspannung störend auf die innere Harmonie und nachteilig auf die vegetativen Funktionen, während sie bei einer angemessenen konsequent fortgesetzten Arbeit die gemütliche Ruhe wiederfinden und so gesundheitlich vorwärtskommen.

Was mir in meiner eigenen Praxis oft entgegengetreten ist, das ist die eingefleischte Arbeitshast, die viele Leute mit zur Stelle bringen. In solchen Fällen gilt es vor allem, die Ökonomie des Kraftverbrauches zu lehren und die hier rein, d. h. ohne Aussicht auf materiellen Lohn und ohne Drängen eines Unternehmers gebotene Arbeitsgelegenheit als bestes Übungsgerät zu empfehlen.

Des weiteren ist eine der Arbeitstherapie im besonderen Maße innewohnende Heilkraft die Willensschulung, die in dem systematischen Sichaufraffen aus Schlaffheit zu jedem aktiven Verhalten, besonders aber zur Überwindung materieller Widerstände liegt.

Wer sich die Wirkungsweisen der Arbeitstherapie, die sich im Einzelfall meist in Kombinationen geltend machen, nicht klar vergegenwärtigt, bei dem kann ja wohl der Verdacht auf Hineinspielen von Suggestionen rege werden. Keine andere Therapie ist aber so frei von Suggestionswirkung als gerade die schlichte, vielverkannte Arbeitstherapie.

Darin widerspreche ich Dubois nicht weiter, daß in vier- bis achtwöchiger Kurdauer eine erzieherische Wirkung der Arbeit keinen großen Wert habe. Aber, wie es überhaupt nicht richtig ist, in der Behandlung funktioneller Nervenleiden mit solcher Betonung, wie es vielfach geschieht, von Erziehung zu reden, so soll ja auch die Arbeit gar nicht so sehr als Erziehungsmittel, als vielmehr, ich wiederhole es hier, als Medikament, mit dem man die Anstöße zur Wiederherstellung der gestörten Harmonie gibt, bereitet und verwertet werden. Daher die Notwendigkeit einer eigenen methodischen Durchbildung der Betätigungsgelegenheiten und wohl berechneter Führung der Patienten, auf die ich mein Hauptaugenmerk gerichtet habe. Ich verdeutliche meine Worte, indem ich sage: Vor allem anderen, und so besonders auch ehe denn die Anstrengungen der „Erzieher“ in Aktion treten, will es die sogenannte Arbeitstherapie in ihrer Natürlichkeit, daß den Nervenleidenden erst einmal die angemessene Umwelt in möglichster Ausgestaltung bereitet werde. In diese versetzt, lasse man über die Bedürftigen „regnen und die Sonne scheinen“, was so zu verstehen ist, daß durch das wohlgeordnete Zusammenwirken von Arzt und Arbeitsleiter (s. S. 369 des Jahrg. 1907/08) als den Regisseuren die Patienten in der auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Umwelt bewegt und geführt werden zum Durchmessen und zur gedeihlichen Aufnahme der rechten Erlebnisse unter weitgehendster Inanspruchnahme der eigenen Aktivität. Ein solches Regime übt auf die ihm Unterstellten vom ersten Tage an seine heilsamen Wirkungen aus; wer sich ihm vorzeitig entzieht, kann natürlich ebensowenig den vollen Effekt aufweisen, als wer vorzeitig eine arzneiliche oder sonstige Behandlung aufgibt.

Ich vergäße, daß die Vorstellung der Tat vorangehe, hält mir Dubois vor, und das Hauptziel seiner Psychotherapie sei, die Patienten von der Überzeugung der Unfähigkeit zu befreien. Ich bin nun trotz dieses Hinweises nach wie vor der Meinung, nichts Wesentliches vergessen zu haben, und so weiß ich auch, daß zur Aufnahme selbst der abgestuften, zum therapeutischen Zweck zurechtgelegten Arbeit bei manchen Patienten das Zureden und die Erklärung des Nutzens und der Wirkungsweise dieses Heilmittels vonnöten ist, dann namentlich, wenn die rechte Organisation des ganzen Arbeitsbetriebes noch mangelt oder der Antrieb, der in der Geselligkeit liegt, nicht geboten werden kann. Aber ich habe es auch hundertfach erlebt — und darin liegt für mich

etwas Tröstliches —, daß die zum Aufgreifen heilsamer Betätigung erforderlichen Vorstellungen bei der großen Mehrzahl der Patienten sehr bald und ganz von selbst und jedenfalls viel leichter als bei den ablehnend gestimmten Ärzten Einzug halten. Zu etwas fühlt sich denn doch fast jeder noch fähig und geschickt, und um den Grübeleien zu entgehen, oder auch „weil es nichts schaden“ und ganz vergnüglich und selbst interessant sein kann, sind die Leute froh, Betätigungsgelegenheiten zu finden. Ist derart einmal der Anfang gemacht, dann fühlen die Leute, nicht selten zu ihrer Verwunderung, die Wohltat der richtig geleiteten Arbeit, und dann hat man gewonnenes Spiel. Und nun muß ich meinerseits dazu übergehen, Dubois einen Vorhalt zu machen, den sehr gewichtigen nämlich: daß er vergißt, daß nichts so sehr, rückwirkend, heilsame Vorstellungen und als Endergebnis die auch von ihm erstrebte mutige Stimmung hervorruft, unterhält und fortgesetzt nährt als die hochwichtigen Effektgefühle gelingender Leistungen, als eigene Taten statt bloßer Worte eines anderen. Die Physio-psychische Behandlung, wie sie in der „Arbeitstherapie“ bereitgestellt ist, greift in vollkommenster Weise den Feind auf der ganzen Linie an, hebt und kräftigt den leiblichen und seelischen Menschen in einemhin und unterminiert und verdrängt so allein rationell das Krankheitsbewußtsein und alle „Überzeugungen“ und Grillen, die damit zusammenhängen. Ich muß hier Dubois nachdrücklich auf seine Einseitigkeit hinweisen und diese sowie seine Verkennung der „Arbeitstherapie“ als unseren Hauptgegensatz feststellen.

(Schluß folgt.)

Spiele im Freien.

Von Dr. *Paul Langer*, Jerichow.

In diesem Jahre wurden in der Landesheilanstalt Jerichow in größerem Maßstabe Spiele im Freien



Pflegerinnen beim Tamburinball.

eingerichtet, die sich des größten Beifalls der Patienten erfreuen, während früher die in den Gärten der einzelnen Abteilungen veranstalteten Spiele, abgesehen vom Kegelspiel, nicht nach Wunsch gediehen.

Bei der Einrichtung der Spiele wurde folgendermaßen vorgegangen:

Ein Oberpfleger wurde zu einem Spielkursus abkommandiert. Dann ließ ich das Pflegepersonal in einer Reihe von Stunden von ihm unterweisen, an denen sich bereits einige Kranke, der Propaganda unter den Mitpatienten wegen, beteiligen durften. Darauf wurden möglichst viele Kranke von allen Abteilungen zum Spiel herangezogen. Den einen Teil des Spielplatzes benutzen die Männer, den anderen die Frauen gleichzeitig. Die Spiele finden einmal wöchentlich, bei uns Sonntags von 2 bis 4 Uhr, und zwar unter ärztlicher Aufsicht bezw. Leitung statt. Der Arzt ist unbedingt auf dem Spielplatz nötig; denn er muß das größte Interesse daran haben, gerade die stumpferen, teilnahmslosen Kranken durch das Spiel aus ihrer Lethargie zu erwecken. Er muß daher auch selbst Schulter an Schulter mit dem einen oder anderen Kranken spielen, ihn anleiten, ihn dahin und dorthin stellen usw. Ferner verleiht die Anwesenheit des Arztes dem Spiel sofort einen höheren Wert in den Augen der Kranken.

Das Personal nimmt selbstverständlich obligatorisch



Kranke beim Tag- und Nachtspiel.

teil und tut dies mit dem größten Vergnügen, doch darf es niemals den Zweck der Spiele, nämlich, den



Kranke beim Kreiswanderball.

Kranken eine Freude zu bereiten, aus dem Gedächtnis verlieren; es ist daher angewiesen, z. B. bei Fangspielen, reizbaren Patienten gegenüber eventuell sich als unterlegen zu zeigen.

Als Spiele kommen natürlich nur solche in Betracht, die keine Gefahr bieten, aber deren gibt es eine ganze Menge, z. B. Kreiswanderball, Dreiball, Faustball, Staffettenlauf, Tag und Nacht, Türkenkopf, Tamburinball, Neckball, Schwarzer Mann, Bockspringen, Foppen und Fangen usw. Aus den Reihen der Kranken vorgeschlagene Spiele finden selbstredend weitgehende Berücksichtigung. Auch werden Preise verteilt.

Eine große Menge Kranker, die aus dem einen oder anderen Grunde, z. B. Gebrechlichkeit, Lähmungen oder dergl., nicht mitspielen können, schauen von Stühlen, Bänken und Fahrstuhl mit Interesse und Vergnügen zu. Die Freude an den Spielen ist außerordentlich groß; weithin hörbar ist der Jubel der Kranken, und immer und immer wieder bekommt man schon tagelang vor dem Spieltag die Frage zu hören, ob am Sonntag wieder „Ball" sei. Die rot-weißen Fähnchen auf dem vom Walde umgebenen Spielplatz, die lachend sich tummelnden Kranken mit ihren roten und blauen Armbinden, als Parteiabzeichen, die Pflegerinnen in ihrer schmucken, schwarz-weißen Sonntagstracht, das alles bietet ein überaus heiteres Bild. Von dem Leben und Treiben können die hier wiedergegebenen Ausschnitte vom Spielplatz selbstverständlich nur eine schwache Vorstellung vermitteln.

Der Wert des Spieles liegt auf der Hand. Nur eins, was ja den Irrenarzt am meisten interessiert, sei hervorgehoben. Die Aufmerksamkeit der Kranken, ihr Denken wird angeregt, und zwar durch eine lustbetonte Tätigkeit. Zudem wirkt die Massensuggestion. Von der durch das Spiel erweckten Regsamkeit bis zur Arbeit ist nur ein Schritt, selbstverständlich nicht bei allen Kranken. Es gibt eben Fälle, die auch dieser Behandlung trotzen.

Die Spiele erfreuen sich bei uns einer derartigen Beliebtheit, daß sie eine feststehende Nummer in dem Beschäftigungsprogramm unserer Kranken bilden; und unsere Erfahrungen mit ihnen sind außerordentlich gute. Sie werden selbstverständlich soweit wie möglich ausgebaut; auch sind Sonderspiele für das Personal geplant, die in allernächster Zeit bereits stattfinden werden.



Kranke beim Bockspringen.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, für die Bereitwilligkeit zu danken, mit welcher Herr Direktor Dr. Lange mir die Einführung der Spiele gestattete.

Mitteilungen.

— **Bericht über die XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Halle a. S., am 26. Oktober 1912. (Offizieller Bericht.)

Referenten: Dr. A. Gregor-Leipzig, Dr. Hans Willige-Halle. (Fortsetzung.)

6. Herr M. Lewandowsky-Berlin: Beobachtungen über die Reflexe nach Rückenmarksverletzung.

Lewandowsky berichtet über Versuche an einer Patientin, deren Rückenmark oberhalb des 7. Dorsalsegments vollständig durchschossen war (Autopsie). Die Kranke hatte 14 Tage nach Eintritt der Para-

plegie weder Haut- noch Sehnenreflexe. Es gelang dann durch Faradisation der unteren Extremitäten die Reflexerregbarkeit wieder wachzurufen. Nach längerem Faradisieren einer Extremität erschienen zuerst Hautreflexe, dann auch der Achillessehnenreflex. Diese Erhöhung der Erregbarkeit überdauerte die elektrische Reizung längere Zeit. Danach verschwanden zuerst die Sehnenreflexe wieder, dann verschwand die Erregbarkeit der Hautreflexe. Diese Versuche konnten während der 14 Tage, welche die Pat. noch lebte, immer wieder bestätigt werden. Die Patellarreflexe konnten nicht ausgelöst werden. Vortr. erinnert an Versuche von Collin, dem es in einigen Fällen gelungen war, bis zum zehnten Tage nach der Verletzung die Patellarreflexe durch Faradisieren wieder hervorzurufen, ohne daß er auf die anderen Reflexe geachtet hätte. Die Wirksamkeit der Faradisation beruht unzweifelhaft auf der sensiblen Reizung, die das Rückenmark reflektorisch beeinflußt. (Ausführliche Mitteilung in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.) Autoreferat.

Diskussion.

Herr Liepmann-Berlin fragt, ob andere sensible Reize mit derselben Wirkung angewandt worden sind. Das würde sichern, daß der faradische Strom nur als sensibler Reiz wirkte.

Herr Jacobsohn-Berlin kann in der vorübergehenden Erzielung der Reflexe durch peripher ausgeübte Reize noch keinen vollen Beweis dafür sehen, daß der Ausfall funktionell bedingt sei. Das wäre nur der Fall, wenn eine dauernde Wiederkehr oder eine länger dauernde Wiederkehr zu erzielen wäre.

Herr Saenger-Hamburg fragt, ob in dem vorgetragenen Fall anatomisch nachgewiesen worden ist, daß das Rückenmark vollständig quer durchtrennt war.

Herr Lewandowsky-Berlin: Herrn Liepmann ist zu erwidern, daß die doppelseitige Wirkung der Faradisation bei Deutung der Wirkung durch Beeinflussung der Muskulatur unmöglich ist. Auch gelang es, wenn die Erregbarkeit einen gewissen Grad erreichte, durch oft wiederholtes Streichen der Fußsohle ohne Faradisieren die Erregbarkeit zu steigern.

Herrn Jacobsohn wäre zu erwidern, daß die anatomische Schädigung doch nur aus der fehlenden Funktion gefolgert wurde; wenn die Funktionsfähigkeit nachgewiesen ist, braucht eine nicht nachweisbare anatomische Schädigung doch nicht mehr angenommen zu werden.

Herrn Saenger ist zu erwidern, daß an dem Vorkommen von Sehnenreflexen bei totaler Quertrennung nach Ausweis der Literatur (Kausch) nicht gezweifelt werden kann. In dem vom Vortr. untersuchten Falle war schon bei der Operation zur Entfernung der Kugel aus dem Wirbelkanal die totale Quertrennung festgestellt worden.

7. Herr Anton-Halle: Erfolgreiche Behandlung des Status epilepticus mit Balkenstich.

Herr Anton stellt ein elfjähriges Mädchen vor, welches an epileptischen Krämpfen litt, einhergehend mit schweren Bewußtseinsstörungen.

Das Kind ist mittels Zange nach sehr langer Geburtsdauer entbunden. Anfangs entwickelte es sich gut. Im zweiten Lebensjahr aber stellten sich Krämpfe ein, nachdem schon vorher Andeutungen sich gezeigt hatten. Es konnte daher nur häuslicher Unterricht erteilt werden. In diesem Jahre trat eine Steigerung der Anfälle auf, denen Dämmerzustände mit Benommenheit folgten. In der letzten Zeit ließ sie alles unter sich, verstand keine Frage und befolgte keine Aufforderung. Trotz sorgsamster Behandlung mittels Medikationen, Diät und Pflege war keine Besserung zu erzielen. Vielmehr häuften sich die Anfälle dermaßen, daß zweimal Status epilepticus beobachtet wurde. Das Röntgenbild ergab eine auffällige Verdünnung des ganzen Schädels, wobei nahe der Mittellinie stark erweiterte Venen nachgewiesen werden konnten. In einer anfallsfreien Zeit wurde sie, da die schwere Benommenheit nicht wich, der chirurgischen Klinik (Bramann) zugeführt, wo der Balkenstich vorgenommen wurde. Nach Eröffnung des Schädels zeigte sich die Dura stark gespannt. Schon unter ihr hatte sich Liquor angesammelt. Nach Einführung der Kanüle floß unter erheblichem Drucke im Bogen auch neben der Sonde Flüssigkeit heraus. Bei der Freilegung der Gehirnoberfläche waren keine Hirnbewegungen sichtbar. Nach Abfluß des Liquor kehrten die Gehirnbewegungen in voller normaler Deutlichkeit wieder. Die Ventrikel konnten mittels der tastenden Sonde bei der Operation als erweitert nachgewiesen werden. Seither wurde die Patientin lucider. Die Anfälle sistierten. Es folgte eine relativ rasche Klärung und Ordnung. Vierzehn Tage nach der Operation schrieb der Vater: Sie ist andauernd klar, interessiert sich für alles, zeigt ein gutes Gedächtnis für ihre Erlebnisse; die Stumpfheit hat aufgehört; die Kleine ist lebhaft, spielt Klavier.

Seither sind drei Monate vergangen, ohne daß ein Krampfanfall sich zeigte. Autoreferat.

Diskussion.

Herr Binswanger fragt an, ob bei dem Kinde intervalläre Halbseitensymptome beobachtet worden sind. Er weist darauf hin, daß organische Epilepsie mit Hydrozephalie nach traumatischen und infektiösen Erkrankungen sich oft erst mehrere Jahre nach der ursprünglichen Erkrankung einstellen kann. Fälle, die irrtümlich der konstitutionellen dynamischen Form der Epilepsie zugezählt werden.

Herr Anton: Anzeichen von Tumor, ebenso latente Herdsymptome konnten nicht nachgewiesen werden.

8. Herr Röper-Jena: Zur Ätiologie der multiplen Sklerose.

Einleitend stellt Vortragender die verschiedenen Ansichten über die Entstehung der multiplen Sklerose gegenüber. Er teilt dann einen Fall von multipler Sklerose bei Brüdern mit. In der Literatur sind noch 13 Fälle von multipler Sklerose bei Geschwistern zerstreut; hierzu kommt ein bisher noch nicht veröffentlichter Fall, der in der medizinischen Klinik Rostock beobachtet worden ist. Weiterhin hat Vortragender die ihm zur Verfügung stehenden

Krankengeschichten in bezug auf die ätiologischen Momente für die Entstehung der multiplen Sklerose durchgearbeitet und die Resultate zusammen mit einer Reihe anderer Statistiken in einer Tabelle vereinigt. Es gelang so, 763 Fälle zusammenzutragen.

Es ergab sich das Verhältnis von Frauen zu Männern wie 7:10. Heredität fand sich in 20%, Disposition in 18%. Die Möglichkeit von Intoxikationen bestand in 9% der Fälle. Die ungemeine Häufigkeit einer voraufgegangenen Infektionskrankheit, die von vielen Autoren hervorgehoben wird, konnte Vortragender nicht bestätigt finden. Nur in 8% der Fälle konnte eine voraufgegangene Infektionskrankheit als ätiologisches Moment mit einiger Sicherheit angesprochen werden. Körperliche Traumen waren in 6% die wahrscheinliche Ursache für die Entstehung des Leidens, psychische Traumen etwa in 3%. In 179 Fällen der Frauen war die Gravidität und das Wochenbett die Zeit für die Entstehung des Leidens; Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens durch Gravidität oder Wochenbett fand sich in 5%. Überanstrengung war in 337 Fällen zwanzigmal angegeben, d. h. etwa 6%. Bei den 763 Fällen fand sich die Erkältung als Entstehungsursache 89mal, das sind etwa 12%

Vortragender kommt zu dem Resultat, daß in etwa 50% exogene Momente als Entstehungsursache angegeben werden, während in 80% Heredität und Disposition den Boden für die Krankheit darbieten. Er kommt zu folgender Theorie über die Entstehung der multiplen Sklerose:

Es ist durchaus unwahrscheinlich, daß allein durch äußere Schädlichkeiten das Leiden entstehen kann, denn diese ätiologischen Faktoren treffen doch bei allzu vielen ganz gesunden Individuen zu; zum wenigsten müßte dann die multiple Sklerose ein sehr viel häufigeres Leiden sein. Es ist das Zusammentreffen einer angeborenen oder erworbenen verringerten Widerstandsfähigkeit des Zentralnervensystems und einer der angegebenen äußeren Schädlichkeiten zur Entstehung der multiplen Sklerose notwendig. Fraglos sind noch nicht alle äußeren Schädlichkeiten bekannt. Autoreferat.

9. Herr Kluge-Potsdam: Wie weit ist bis jetzt die praktische Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung gediehen?

Seitens des Vorstandes des Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tages ist ein von dem Vortragenden abgefaßter Fragebogen an sämtliche Bundesstaaten und Kommunalverbände des Deutschen Reiches gesandt worden, in welchem über die praktische Mitarbeit des Psychiaters, wie über die verschiedenen psychiatrischen Fragen überhaupt Feststellungen gemacht werden sollten. Der Fragebogen ist bis April d. Js. ausgefüllt worden, es fehlen nur die Ergebnisse des Kommunalverbandes Berlin und Rheinprovinz. Der Vortrag beschränkt sich auf die Antworten der preußischen Provinzialverbände, da diese nur eine gewisse Einheitlichkeit bieten. Im einzelnen werden die Fragen nach der psychiatrischen Untersuchung der Jugendlichen noch bei der Einleitung des Fürsorgeerziehungsverfahrens selbst berührt, sodann die der Untersuchung nach der Überweisung, ferner die nach dem Vorhandensein von Beobachtungsabteilungen, nach der Zahl der jeweilig beobachteten Fälle, nach der etwaigen Einlieferung besonderer Fragebögen zur Ermittelung pathologischer Elemente und nach der Schaffung von psychiatrischen Beratungs- und Zentralstellen. Die ferneren Punkte beschäftigen sich mit der Festsetzung des Prozentsatzes der als abnorm zu erachtenden Zöglinge, mit der Versorgung derselben in Unterklassen und Hilfsschulen, mit ihrer Unterbringung in Idioten-, Epileptiker- und Irrenanstalten und mit der Einrichtung besonderer Abteilungen oder Anstalten für die Klasse der psychopathischen Zöglinge. Schließlich wird noch die Entmündigungsfrage bezüglich der aus der Fürsorgeerziehung ausscheidenden Zöglinge berücksichtigt und als letzter Punkt die nach der Notwendigkeit der Unterbringung früherer Fürsorgezöglinge in Idioten-, Epileptiker- und Irrenanstalten.

Von besonderer Wichtigkeit erscheinen die Fragen nach der Bereitstellung besonderer Beobachtungsabteilungen und nach der Errichtung besonderer Abteilungen oder Anstalten für die psychopathischen Zöglinge. Hier würde die Mitarbeit des Psychiaters von erheblicher Bedeutung werden.

Der Vortrag konnte nur kurze statistische Daten bringen; er erscheint ausführlich in der Vogt-Weygandtschen Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns.

Autoreferat.

10. Herr Binswanger-Jena berichtet über zwei Krankheitsfälle, die ein besonderes klinisches und pathologisch-anatomisches Interesse erweckten.

Die erste Beobachtung betraf einen Fall, der klinisch das typische Bild der Myasthenia gravis pseudoparalytica dargeboten hatte und bei dem die mikroskopische Untersuchung eine größere Zahl miliarer nekrotischer Herde in der Medulla oblongata aufdeckte.

A. H., 34 Jahre alt, erkrankte im Frühling 1909: zuerst stellte sich Flimmern vor beiden Augen ein, dann wurde die Sprache langsamer, undeutlich; die Hände wurden schwach, daß ihr gelegentlich Gegenstände entfielen. Feinere Bewegungen, z. B. Kleidzuknöpfen wurde allmählich unmöglich. Beim Haarmachen konnte sie die Arme nicht mehr in die Höhe bringen. Es stellten sich Kau- und Schluckstörungen ein: Flüssigkeit kam öfter wieder zur Nase heraus, feste Bissen blieben bisweilen im Halse stecken. Dann stellte sich im Laufe der Sommermonate Schwäche der unteren Extremitäten ein: sie knickte auf der Treppe zusammen und konnte nicht mehr weit gehen. Auch der Rücken war allmählich an der Muskelschwäche beteiligt, sie konnte sich im Bett nicht mehr aufrichten. Im Winter klagte sie öfters über Doppeltsehen: der Umgebung fiel auf, daß sie des öfteren schielte. Alle diese Symptome der Muskelschwäche waren morgens geringer und steigerten sich im Laufe des Tages. Es wurde besonders deutlich an der Sprache, die morgens klar und verständlich war, gegen Abend immer undeut-

licher wurde. Die rasche Ermüdbarkeit war ihr beim Kauen selbst aufgefallen.

Aufnahme in die Klinik zu Jena am 9. August 1910.

Aus dem Status sei hervorgehoben: Mittellappen der Schilddrüse etwas vergrößert. Beiderseits Ptosis, Augenzukneifen gelingt beiderseits nicht ganz. Leichter Lagophthalmus; rechter Abduzens leicht paretisch; beim Blick nach unten treten Doppelbilder auf, die neben-, beim Blick nach oben übereinander stehen. Korneal- und Konjunktivalreflex erhalten, Pupillenreaktion normal. Leichte Parese des Mundfacialis, Mundspitzen und Backenaufblasen unmöglich. Beide Mundwinkel sind hängend. Zunge nur wenig über die Unterlippe vorgestreckt; lebhafte fibrilläre Unruhe. Uvula nach rechts. Schwache symmetrische Innervation des Gaumensegels. Sprachartikulation stark verwaschen, leicht näselnd. Grobe motorische Kraft der oberen Extremitäten stark herabgesetzt. Schulterheben noch ziemlich kräftig, doch Hochheben der Arme über den Kopf gelingt nur unter lebhaften Zitterbewegungen, links stärker ausgeprägt als rechts. Alle Arm-, Hand- und Fingerbewegungen ausführbar, aber schwach. Beinbewegungen ziemlich kräftig, doch rasche Ermüdbarkeit. Gang ohne Besonderheiten, langsam, rasche Ermüdbarkeit.

Patientin erholte sich erst während des klinischen Aufenthaltes (leichte Massage, Fichtennadelbäder, Darreichung von Arsen); Gewichtszunahme. Im November wird bemerkt, daß die rechte Zungenhälfte leicht atrophisch ist. Kehlkopfspiegelbefund normal. Sie kann die erste Hälfte eines Butterbrodes noch gut kauen, bei der zweiten Hälfte versagt sie infolge Ermüdung. Dynamometrische Untersuchungen in den Morgen- und Abendstunden ergaben nur geringfügige und unregelmäßige Unterschiede. Dagegen ist die Ermüdbarkeit bei der Sprachartikulation offensichtlich: morgens konnte sie bis zu 70 Zahlen zählen, abends bis zu 27. Feinere Zungenbewegungen unmöglich. Die myasthenische Reaktion war nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Ende November stellte sich Husten, Fieber und ziehende Schmerzen im ganzen Körper ein, Anfälle von Herzschwäche und Atemnot, vorübergehend Durchfälle.

Am 27. Erstickungsanfall, da sie einen Schleimklumpen nicht herauswürgen konnte.

Am 29. plötzlicher Tod ohne dyspnoische Erscheinungen.

Die Autopsie (Prof. Rößle) ergab als Todesursache akute eitrige diffuse Bronchitis und Kapillarbronchitis mit Bildung peribronchitischer Herde.

Gehirngewicht 1270. Die makroskopische Untersuchung des Gehirns ergab nichts Besonderes. Bei der mikroskopischen Durchforschung fanden sich in der unteren Hälfte der Medulla oblongata in der Höhe der Hypoglossus-Trigeminus-Kerne mehrere miliare ältere nekrotische Herde ohne jede entzündliche Reaktion. Auf einem Frontalschnitte wurden sieben solcher Herde gezählt, und zwar einer im linken Trigeminuskern, ein zweiter im linken Hypoglossuskern, ein dritter in der Nähe des Nucleus cochlearis, ein vierter und fünfter in der linken Pyramide. In der rechten Hälfte der Medulla fand sich im Tractus thalamoolivaris und in der Pyramide je ein Herd.

Die mikroskopische Durchforschung der peripheren Nerven ergab nichts Besonderes. Auffallend war bei der Untersuchung der oberen Extremität (Biceps) das Vorhandensein einer größeren Zahl auffallend schmaler Muskelfasern mit deutlicher Vermehrung der Sarkolemmkerne. Die Querstreifung war überall gut erhalten.

In der zweiten Beobachtung hatte sich die überaus seltene Gelegenheit geboten, einen operativ behandelten Fall von Tumor cerebri zwölf Jahre post operationem anatomisch zu untersuchen. Der operative Eingriff erstreckte sich nur auf die Öffnung der Schädelkapsel und Druckentlastung. Durch den operativen Eingriff war ein großer Teil der schweren lebensbedrohlichen Krankheits-Erscheinungen geschwunden und als bleibendes Ausfallsymptom die Hemianopsie übrig geblieben. Es ergab sich der seltene anatomische Befund, daß der Tumor zu einer derben fibrösen, gliomatösen Masse geschrumpft war.

A. T., Bahnbeamter, 58 Jahre alt. Aufgenommen 28. Dezember 1897.

Der früher gesund aussehende Mann bot in seinem 43. Lebensjahre die Anzeichen einer geistigen Veränderung dar. Er wurde phlegmatisch, faul, vergeßlich, er konnte selbst geringe Mengen Alkohol nicht mehr vertragen und machte schon nach ein bis zwei Glas Bier den Eindruck eines Betrunkenen.

Nach einem psychischen Shok gelegentlich eines Eisenbahnunglücks (ca. 1½ Jahr später) wurde er ängstlich erregt und klagte über lähmungsartige Schwäche der rechten Körperhälfte mit ziehenden Schmerzen daselbst. Er konnte nur mühevoll schreiben und nicht mehr telegraphieren. Der Arzt diagnostizierte einen Schlaganfall. T. klagte in der Folge immer über „rheumatische" Schmerzen, besonders in der rechten Körperhälfte. Es entwickelte sich ganz allmählich eine Parese der rechten Körperhälfte: die Sprache wurde schwerfällig. Pat. klagte über undeutliches Sehen; nach Angabe der Frau konnte er besonders Gegenstände, die auf seiner rechten Körperseite sich befanden, nicht mehr sehen. Er wurde stumpfsinnig, teilnahmlos, vergeßlich, antwortete oft ganz unklar. Zugleich stellte sich Schwerhörigkeit ein. Drei Wochen vor der Aufnahme in die Klinik gesellte sich taumelnder Gang hinzu und öfter unwillkürlicher Abgang des Urins.

Bei der ersten Untersuchung fand sich rechtseitige Parese des Augen- und Mundfacialis, rechte Pupille $>$ linke, Lichtreaktion rechts träger und weniger ausgiebig als links. Zunge deviiert spurweise nach rechts, starke fibrilläre Zuckungen. Armbewegungen beiderseits schwach. Gang unsicher; das rechte Bein wird leicht nachgeschleppt. Bei Fuß-Augenschluß fällt Pat. nach rechts und hinten über. — Sehnenphänomene beiderseits in gleicher Weise gesteigert; rechts Fußklonus angedeutet. Geruch rechts $>$ links, Gehör beiderseits herabgesetzt. Die Gesichtsfelder zeigen eine ganz ausgeprägte rechtseitige homonyme

Hemianopsie. Ophthalmoskopisch fand sich am rechten Auge eine deutliche Papillitis n. optici. — Sprachartikulation undeutlich, leicht hesitierend.

Psychischer Status: Pat. meist teilnahmlos, schläfrig, öfter unreinlich; schlechter Schlaf, nachts oft ängstlich erregt. Klagt über nächtliche Visionen (schwarze Gestalten). Deutliche Merkdefekte, Erschwerung aller intellektuellen Leistungen: kann z. B. die Wochentage nicht ordentlich hintereinander aufzählen. — Ihm vorgehaltene Gegenstände benennt er oft falsch, aber auch wenn er sie betastet, findet er nicht die richtige Bezeichnung. Einzelne Buchstaben benennt er beim Lesen ganz richtig, vermag aber oft nicht die einfachsten Worte zusammenhängend zu lesen.

Puls klein, 76, öfters Brechneigung, Singultus. Öfters spontan Kopfschmerzen, die auf Stirn und Hinterkopf lokalisiert werden.

Der weitere Verlauf der Beobachtung zeigt eine deutliche Steigerung des rechten Kniephänomens und deutliche Fußkloni rechts. Dynamometrisch Händedruck rechts beträchtlich $<$ links. Somnolenz und Unreinlichkeit nimmt zu. Keine hemianopische Pupillen-Reaktion. Schrift wird fast unleserlich. Deutliche Pulsverlangsamungen. Parapraktische und paraphasische Störungen. Mundfacialis rechts stärker paretisch, fibrilläre Zuckungen im Mundfacialis. Leichte Atrophie des rechten Oberschenkels. Keine Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit.

Im Februar 98 deutliche Retropulsionen bei Gehversuchen. Ophthalmoskopisch: linke Papille verwaschen. Zunehmende Somnolenz.

26. Februar 1898. Operation in der Chirurgischen Klinik: Aufmeißelung des Schädels hinter dem linken Tuber parietale. Dura prall gespannt; Gehirnoberfläche nach Inzision der Dura blaß, wenig pulsierend. Windungen platt gedrückt; Gefäße wenig gefüllt. Bei Punktion entleert sich reichliche Menge klarer Flüssigkeit mit Einsinken des Gehirns. Es findet sich nirgends auf der freigelegten Hirnoberfläche eine krankhafte Veränderung.

Während des Heilungsverlaufes öfters geringe Temperaturerhöhungen; dann fortschreitende auffällige Besserung des psychischen Verhaltens. Pat. wird klarer, reinlicher; die Sprache bessert sich, doch sind noch transkortikale motorisch-aphasische Störungen deutlich erkennbar. Geistig rasch ermüdbar. Die Stauungspapille ist gegen früher entschieden zurückgegangen.

5. April. Genaue Analyse der Sprachstörung.

1. Aufforderungen werden langsam und zögernd, aber meist richtig ausgeführt; dabei tritt eine deutliche Hemmung der Auffassung zutage und manchmal führt erst eine wiederholte Aufforderung zum Ziel.

„Reichen Sie mir die Hand!" — Reicht die L. (!)

„Die R.!" — Zögert, dann schwerfällig die R.

Bei Wechsel komplizierterer Bewegungen, z. B. Öffnen und Schließen der Augen und des Mundes tritt deutliche Intentionsataxie ein.

2. Bezeichnung optischer Eindrücke.

Pat. benennt eine Anzahl alltäglicher Gebrauchsgegenstände richtig, andere falsch; teils sucht er sich mit Umschreibungen und Ausflüchten zu behelfen. Ermüdet rasch und findet dann gar keine Namen mehr.

Beispiele: Pat. benennt gesehene Objekte:

Schlüsselbund . . . richtig.

Bleistift . . . Bleifeder (zögernd, suchend).

Streichholz . . . f.

„Ist das nicht ein Streichholz?" — „Ja, ein Streichholz."

Streichholzschachtel . . . „Auch ein Streichholz."

Den Gebrauch dieser Gegenstände kennt Pat. nur mangelhaft, z. B. sucht er lange Zeit vergebens von dem Streichholz Feuer zu bekommen, er findet die Streichfläche nicht, nimmt das Holz falsch in die Hand, bekommt dann endlich Feuer, weiß aber auch jetzt die Benennung nicht zu finden, trotzdem er sie wenige Sekunden zuvor gehört und ausgesprochen hatte. Er vermag auch den Gebrauch nicht zu beschreiben: „Man nimmt es und legt es daneben."

3. Nachsprechen intakt.

Bei schwierigeren Worten rasch Ermüdung, welche durch relativ kurze Erholungspausen sich ausgleicht. Mißerfolge erzeugen ängstliche Erregung: er wird verlegen, greift sich an die Stirn, stammelt Entschuldigungen.

4. Perzeption vorgesprochener Worte und Lautverständnis.

Vorgesprochene Worte werden nicht nur als solche identifiziert, sondern auch teilweise in ihrer Bedeutung erkannt, da Pat. Aufforderungen meist richtig ausführt.

Das Wortverständnis erstreckt sich aber mehr auf ganze Sätze und auf gebräuchlichere Worte, die Worte für alltägliche Gebrauchsgegenstände, z. B. Löffel, Gabel, Messer, Kamm, Bürste usw. werden meist in ihrer Bedeutung erkannt (sekundäre Identifikation nach Wernicke), weniger gebräuchliche Worte dagegen versteht Pat. nicht. Es werden ihm eine Reihe von Bezeichnungen von vorgelegten Gegenständen vorgesagt und er soll die betreffenden Objekte heraussuchen: z. B.

Uhrschlüssel . . . identifiziert er nicht mit dem Objektbild.

Baum . . . nicht!

Thermometer . . . nicht!

Nadel . . . nicht!

5. Perzeption und Reproduktion visueller Wortbilder.

a) Identifiziert einzelne Buchstaben als die diesbezüglichen Schriftzeichen, ebenso Ziffern.

b) Einzelne Worte identifiziert er mit den entsprechenden Objektbildern, z. B. Tür (geschrieben) . . . deutet darauf hin.

Messer . . . richtig.

Andere schriftlich bezeichnete Objekte erkennt er nicht, z. B. Buch.

c) Lektüre.

A. Einzelne Worte . . . stotternd, buchstabierend, mit Auslassung von Silben und Buchstaben.

B. Sätze ohne Verständnis, z. B. „Die Sonne und das Leben". . . „Die Fenster und das Leben".

6. Schrift.

a) Spontanschreiben: Personalien sehr zögernd, nur teilweise, unter wiederholten Ansätzen, Geburtsdatum unrichtig; Alter zwischen 40 und 50 angegeben.

b) Diktatschreiben: einzelne Worte wie Sätze vollständig paragraphisch.

c) Abschreiben: Nach wiederholten Fehlversuchen richtig. „Die Sonne und das Leben". . . ohne Verständnis: schreibt zunächst ein falsches, sinnloses Wort ein: „Vannte". Korrigiert seine Fehler nicht!

d) Schriftliches Rechnen auf Diktat: verwechselt Addition und Subtraktion, bekommt dann ein komplettes Fehlresultat, z. B. $39 + 88 = 117$. Ziffernschrift mangelhaft.

Aus dem Nervenstatus ist hervorzuheben: motorische Kraft der Arme r. < l., feiner stat. Tremor der Hände. Beinbewegungen r. < l., Gang nach rechts hängend, rechter Fuß schleift etwas. Leichte Kontrakturen im rechten Knie- und Ellbogengelenk; starker Romberg mit subjektivem Schwindelgefühl und Überstürzen nach rechts. Sehnenphänomene überall rechts gesteigert. Hautreflexe l. > r.

Paraphasische Störungen in der Folge auffallend schwankend. Perseveratorische Erscheinungen bei der sprachlichen Reproduktion.

20. April 1898. Starkes Hervortreten des Hirns an der Operationsstelle. Pat. klagt über Reißen in der Gegend der Nasenwurzel, der rechten Wange und über dem rechten Auge. Puls 68. Bei Punktion des Prolapses entleert sich reichliche Menge klaren Serums.

Wiederholung der Punktion am 30. April mit gleichem Erfolg. Zeitlich und örtlich desorientiert.

1. Juni. Ophthalmoskopisch: linkes Auge nasaler Rand der Papille noch etwas verwaschen, temp. Rand scharf begrenzt. Im Zentrum ein weiß glänzender Fleck. Rechtes Auge: ganze Papille scharf, temp. Rand völlig frei, nasaler Rand, besonders nach oben hin noch etwas unscharf. Hemianopische Defekte wie früher.

Allmählich zunehmende Besserung, Zurückgehen des Hirnprolapses. Aphasische Störungen fast unverändert. Eigentümliche Eifersuchtsideen gegen seine Frau. Öfters noch völlig desorientiert.

17. Nov. 1901. Entlassung aus der Klinik.

Pat. stellte sich nach elf Jahren (19. Juni 1912) in der poliklinischen Sprechstunde wieder vor. Sein psychisches Verhalten war gegenüber dem Entlassungsbefunde auffallend gebessert. Er konnte genau angeben wann er hier aus der Anstalt entlassen worden war, benennt auch die damals behandelnden Ärzte vollständig richtig. Die ersten $1^1/_2$ Jahre nach der Entlassung hätte er sich nur mit Spazierengehen beschäftigt, nachher aber regelmäßig Gartenarbeit getrieben und sich wieder gesund gearbeitet. Er besorgt seinen $^1/_2$ Morgen großen Garten ganz allein. Er hätte die Sprache allmählich wiedergefunden, seine Körperkräfte wären gewachsen, das Gehen hätte ihm keine Beschwerden mehr gemacht. Seine im Jahre 1899 stattgehabte Entmündigung wäre unter großen Schwierigkeiten endlich im Jahre 1909 aufgehoben worden.

Seit ca. $1^1/_2$ Jahren sei er aber „magenkrank". Alle seine Angaben macht er in klarer Weise. Er ist zeitlich und örtlich vollständig orientiert. Einfache Rechenaufgaben und Zinsrechnung löst er rasch und richtig.

Aus dem Status sei nur hervorgehoben: Die Sehnenreflexe sind noch rechts überall gesteigert, Babinski rechts angedeutet; Armbewegungen beiderseits kräftig, bei passiven Bewegungen rechts geringer spastischer Widerstand. Das rechte Bein wird beim Gehen etwas nachgezogen und zirkumduziert. Rechter Mundfacialis leicht paretisch. Zunge weicht spurweise nach links ab. Ophthalmoskopisch: Papille links temp. stark abgeblaßt, rechts in toto blaß, nasalwärts stark abgeflacht. Die Gesichtsfelder zeigen, wie früher nachgewiesen, rechtseitige homonyme Hemianopsie. Sprachartikulation: bei schwierigen Worten leicht stockend und undeutlicher, doch immer verständlich, keine aphasischen Störungen.

Pat. läßt sich wegen seiner Beschwerden in die Klinik aufnehmen, genießt nur flüssige Kost. Sobald er feste Nahrung zu nehmen versucht, tritt Brechen ein. Beim Versuch, eine Magenspülung vorzunehmen, findet sich ein deutlicher Widerstand in der Gegend der Kardia. Bei Palpation des Magens ist ein Tumor nicht erkennbar.

Bei der Röntgenuntersuchung des Pat. in der Chirurg. Klinik wird Kardia-Karzinom festgestellt. Ösophagus und Kardia wurden operativ freigelegt, und es wurde festgestellt, daß ein ausgedehntes Karzinom in der Kardia und der ganz kleinen Kurvatur besteht. Von weiteren operativen Eingriffen wurde abgesehen.

Der Tod erfolgte am 11. August infolge einer Pneumonie.

Bei der Sektion wurde ein großes weiches Karzinom der Kardia mit geringem Übergreifen auf den untersten Ösophagusteil festgestellt. Kleine Metastasen im Pankreas. Im linken Temporallappen fand sich ein haselnußgroßer Tumor.

Der Tumor nimmt auf einem Frontalschnitte ungefähr auf der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Schläfengegend das Marklager der mittleren und unteren Schläfenwindung ein und erstreckt sich medianwärts bis in den Linsenkern und nach oben bis in den Tractus opticus und in die untersten Abschnitte des Nucleus lentiformis hinein. Die inneren zwei Drittel der Geschwulstmasse sind eine derbe, solide Masse, während das äußere Drittel von vielbuchtigen, mit derben Bändern ausgekleideten Hohlräumen durchsetzt ist.

Mikroskopisch setzt sich der Tumor zusammen aus langen Gliafasern mit längsovalen großen Kernen. Die Fasern sind vielfach wellig angeordnet und von vielfachen dicht zusammengedrängten Gefäßen durchsetzt. Die Gefäße selbst zeigen in der Media keine Kernvermehrung, dagegen ist die Adventitia sehr beträchtlich verdickt und von welligem, derbfaserigem Bindegewebe umgeben.

Diagnose: Geschrumpftes, derbfaseriges Gliom mit deutlichen Retraktionserscheinungen. Autoreferat.

Diskussion.

Herr Anton-Halle: Einen ähnlich strukturierten Tumor hat vor einigen Tagen v. Bramann operiert bei einem fünfjährigen Mädchen. Wir haben bei ihr nur diffuse Zunahme des Gesamtschädels und enorme Verdünnung der Schädelwandungen konstatieren können. Symptomatisch bestand eine halbseitige Schwäche wechselnder Art und keine Stauungspapille. Beim ersten Tempo der Operation, d. i. bei der Trepanation der linken zentroparietalen Gegend, konnte ein harter Tumor, scharf begrenzt, getastet werden. Die Probestückchen, die entfernt wurden, wurden mikroskopisch untersucht. Auffällig waren die langgestreckten, spindeligen Zellelemente. Die Kerne waren wie Stäbchen anzusehen. Allerdings fanden sich auch spindelzellenartige strahlige Bildungen. Das Stroma war überall sehr reichlich fein fibrillär. Herr Prof. Beneke, welcher die Befunde kontrollierte, sah die Geschwulst als Glioma durum an. Der Fall Binswangers ist uns auch dadurch lehrreich, daß wir für eine Geschwulst, die derzeit noch im Schädel sitzt, nunmehr eine schärfere Abgrenzung und Ausschälbarkeit erhoffen können.*)

Herr Saenger-Hamburg meint, daß Horsley von regressiv gewordenen Tumoren nach Palliativtrepanation Mitteilung gemacht habe. Herr Saenger weist auf die fünf von ihm in der letzten Versammlung Deutscher Nervenärzte in Hamburg demonstrierten Fälle von Palliativtrepanation hin. In diesen Fällen war die Diagnose auf Hirntumor gestellt worden. Der eine Fall war vor dreizehn, der andere vor acht, der dritte vor fünf Jahren operiert worden. Diese Patienten sind wieder ganz arbeitsfähig geworden. Dieser an Heilung grenzende Erfolg machte die Diagnose Hirntumor zweifelhaft. Es wurde daher das Vorhandensein eines Hydrozephalus oder einer Hirnschwellung in Erwägung gezogen. Der eben demonstrierte hochinteressante Fall Binswangers läßt nun die Annahme eines ebenfalls regressiv gewordenen Hirntumors in den fünf palliativtrepanierten Fällen durchaus als möglich, ja als wahrscheinlich erscheinen. (Fortsetzung folgt.)

— **Aufgaben der Irrenfürsorge in Württemberg.** Im Württ. Mediz. Korrespondenzblatt veröffentlicht Medizinalrat Dr. Kreuser in Winnental eine Abhandlung, in der er in interessanter Weise die Mißstände im württembergischen Irrenwesen und die Mittel zu einer Abhilfe darlegt. Den Ausführungen möge hier nachstehendes entnommen werden:

Einer einseitigen Vergrößerung von Weinsberg und Winnental kann nicht wohl das Wort geredet werden; ihrer Durchführung dürften sich mancherlei Schwierigkeiten in den Weg stellen, ohne daß Aussicht geboten wäre, dadurch Mustergültiges zu erreichen. Soll zu gründlicher Beseitigung des herrschenden Notstandes etwas geschaffen werden, was auch den Erfahrungen zur wirtschaftlichen Neugestaltung des Anstaltsbetriebes Rechnung trägt, so kann wohl nur die Errichtung einer 6. Kgl. Heilanstalt in Frage kommen, deren Lage so zu wählen wäre, daß sie von den bisher Weißenau zugewiesenen Bezirken im Westen des Landes, wie auch von der Landeshauptstadt leicht zu erreichen wäre; eine nicht zu große Entfernung von Tübingen könnte zugleich der dortigen Klinik für Nerven- und Gemütskranke von Vorteil werden. Diese Anstalt wäre schon in ihrer ersten Anlage auf wenigstens 1000 Kranke zu berechnen, die Möglichkeit späterer Erweiterung dabei aber auch sofort ins Auge zu fassen. Sie müßte über einen Grundbesitz verfügen, der einen den eigenen Bedürfnissen der Anstalt entsprechenden landwirtschaftlichen Betrieb gestatten würde, aber auch auf die notwendigsten Handwerksbetriebe sich einrichten, um möglichst wenig auf fremde Arbeitskräfte angewiesen zu bleiben. . . Will Württemberg nicht zurückbleiben mit der Fürsorge für Geisteskranke, so darf es nicht zaudern mit Schritten, die bei uns nicht weniger nötig sind im Interesse nicht nur von bedauernswerten Kranken, sondern gewiß auch in dem der Allgemeinheit. Herzhaft muß ein Programm aufgestellt werden, das uns verspricht, herauszukommen aus der seitherigen Not und aus zaghaften Versuchen, mit knappen Mitteln abhelfen zu wollen, wenn die Klagen von allen Seiten dazu drängen, daß wenigstens etwas geschieht. Großzügig muß der Plan entworfen und tatkräftig muß er durchgeführt werden, wenn unsere Irrenfürsorge nicht fortwährend ein Schmerzenskind bleiben, sondern zu einem Zweige der öffentlichen Verwaltung werden soll, der in sich selbst die festeste Stütze zu finden vermag.

— Eine an den Deutschen Reichstag gerichtete Petition wünschte eine „**reichsgesetzliche Regelung des Irrenhauswesens**". Vor allem soll die Unterbringung einer Person in eine Irrenanstalt oder ähnliche Institute nur kraft richterlicher Ermächtigung erfolgen. Die Kommission beantragte Überweisung als Material.

Abg. Dombek (Pole) trug in der Sitzung vom Dienstag, 26. Nov. 1912, eine Reihe von einzelnen Fällen vor, um nachzuweisen, zu welchen Unzuträglichkeiten die gegenwärtigen Zustände auf dem Gebiete des Irrenwesens führen. Es sei höchste Zeit, daß sich die Reichsregierung endlich dieser Materie annimmt.

Abg. Dr. Struve (Volkspartei): Wir treten gleichfalls für eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens ein. Allerdings erklären wir nicht, ohne einen Beweis dafür vorzubringen, einfach, daß die reichsgesetzliche Regelung notwendig sei, sondern wir wünschen eine solche, weil wir der Überzeugung sind, daß sich bei der näheren Beschäftigung mit der Materie zeigen wird, daß das deutsche Irrenwesen den Vergleich mit jedem anderen aushält (Sehr richtig! links) und ein durchaus würdiger Zweig der medizinischen Wissenschaft ist. Wenn alle die Angriffe, die hier im Hause und in der Öffentlichkeit gegen unser Irrenwesen erhoben werden, ihre Berechtigung hätten, dann müßten wir uns allerdings schämen. Aber das ist nicht der Fall. Um nur

*) Die Geschwulst wurde seither entfernt. Sie war derb und höckerig. Das Gewicht betrug 130 g. Die Wunde ist bereits geschlossen. Die Patientin fühlt sich wohl und sieht gut. Die Lähmung wird geringer.

eins hervorzuheben, ist es durchaus unrichtig, daß die landesgesetzliche Aufsicht versagt hat. (Sehr richtig! links.) Freilich, wenn man auf einem so harmlosen Standpunkt steht, wie der Berichterstatter, der u. a. erklärt hat, es dürfe nicht vorkommen, daß ein Geisteskranker wider seinen Willen eingesperrt wird, dann zeigt man, daß man nicht den nötigen Ernst für die Sache besitzt. (Sehr richtig! links.) Das ist allerdings bedauerlich, zumal diese Auffassung von dem Berichterstatter der Kommission vorgetragen wurde, der doch eigentlich vollkommen objektiv sein sollte. (Sehr richtig! links.) Auch der Zentrumsredner hat einen eigentümlichen Standpunkt eingenommen. Es ist aber wenigstens erfreulich, daß er nicht im Namen des Zentrums gesprochen hat, sondern nur für seine eigene Person. (Sehr richtig! links.) Ich bin der innersten Überzeugung, daß unser Irrenwesen schon heute auf der Höhe steht, und gerade deshalb trete ich ebenfalls für die reichsgesetzliche Regelung ein. (Beifall links.)

Abg. Bassermann (nationalliberal): Namens meiner politischen Freunde habe ich die Erklärung abzugeben, daß wir die Notwendigkeit der reichsgesetzlichen Regelung des Irrenwesens anerkennen. Wir haben das früher wiederholt durch ein sachverständiges Mitglied unserer Fraktion, den Abgeordneten Dr. Arning, zum Ausdruck gebracht. Ich möchte Sie bitten, den Antrag der Kommission, der dort einstimmig gefaßt ist, ebenso einmütig anzunehmen. (Beifall.)

Der Kommissionsantrag wurde einstimmig angenommen.

— **Die Besitzverhältnisse der Irrenanstalten Preußens 1910.** Das Jahr 1875 zählte nur 118 Irren- und Idiotenanstalten, diese Zahl ist mit den Jahren, als auch die Anstalten für Nervenkranke, für Morphiumsüchtige und Alkoholisten dazu kamen, stetig gewachsen, 1902 waren es 256, 1903 332, 1910 353. Darunter befanden sich, nach der amtlichen „Statist. Korr.", 241 Anstalten für Geisteskranke und Idioten, 28 Abteilungen für Geisteskranke in allgemeinen Heilanstalten, ferner 10 Anstalten für Epileptiker sowie 37 Anstalten für Nervenkranke — ohne die 6 Abteilungen von Kliniken für Geisteskranke in den Universitätsstädten Berlin (Kgl. Charité), Breslau, Halle a. S., Kiel, Göttingen und Bonn —, ferner 13 Heilanstalten, in welchen die Wasserbehandlung ausgeübt wird, und 24 Anstalten, die sich mit der Heilung von Trunksüchtigen beschäftigen. Von den 241 Irrenanstalten gehören 14 mit 1179 Plätzen und 5461 Verpflegten dem Staate (darunter 8 Universitätskliniken für Geisteskranke und 6 Abteilungen für geisteskranke Verbrecher in Strafanstalten), 70 mit 52287 Plätzen und 65888 Verpflegten den Provinzialverbänden, 14 mit 7346 bezw. 16751 städtischen Gemeinden. Außerdem durch Wohltätigkeit errichtet und unterhalten: 32 Anstalten mit 7544 Plätzen und 8388 Verpflegten von religiösen Orden und Genossenschaften; 25 mit 6903 bezw. 7539 waren milde Stiftungen. Endlich waren 86 Anstalten in Händen von Privatpersonen, die zu diesen gewerblichen Unternehmungen die behördliche Genehmigung erhalten hatten.

In den 10 Anstalten für Epileptiker waren 6639 Plätze vorhanden; die Zahl der Verpflegten betrug 8046. Je eine Anstalt gehörte einem Provinzialverbande bezw. einer Stadt (Berlin); zwei waren im Besitze von religiösen Orden und Genossenschaften, eine im Privatbesitz und fünf verdanken milden Stiftungen ihre Entstehung und Unterhaltung. Über 11938 Nervenkranke lagen aus 43 Anstalten mit 2011 Betten Angaben vor: einschließlich sechs Abteilungen von Universitätskliniken für Geisteskranke als Universitätsanstalten Staatseigentum; je eine gehörte einem Provinzialverbande (Hannover), einer städtischen Gemeinde (Rheinprovinz) bezw. einem religiösen Orden und drei einer milden Stiftung an, während 31 mit 1436 Betten von Privatpersonen, darunter 20 mit 594 Betten von Ärzten, gegründet waren. Auch von den 13 Wasserheilanstalten mit 929 Plätzen und 2252 Verpflegten war die größte Zahl, nämlich 11, im Besitze von Privatpersonen, darunter 5 von Ärzten; zwei Anstalten dieser Art gehörten einer religiösen Genossenschaft an. Ebenso waren von den 24 Trinkerheilanstalten mit 989 Plätzen und 2089 Verpflegten die meisten, nämlich 13, Wohltätigkeitsanstalten; vier gehörten religiösen Orden und Genossenschaften und sieben waren Privatunternehmungen, darunter zwei im Besitze eines Arztes. Im ganzen unterzogen sich 2089 trunksüchtige Personen einer Anstaltsbehandlung. Mit den Fortschritten der Bestrebungen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs wächst das Vertrauen des Publikums, derartige Anstalten betreffs Heilung aufzusuchen.

— **Hilfsverein für Geisteskranke in Hessen.** Nach dem Rechenschaftsbericht für 1911/12 wurden von den Vertrauensmännern an freiwilligen Gaben gesammelt **30518 M.**; von öffentlichen Kassen gingen ein 10600 M., an Kassenvorrat, Vermächtnissen usw. 3090 M. Die Gesamteinnahme beträgt also 46525 M. An Unterstützungen wurden im ganzen **36868 M.** verausgabt.

Referate.

— Eschle, Med.-Rat Dr. Franz. C. R. Funktionelle Stimmlähmung und Stimmbandlähmung. Sonderabdruck aus „Die Heilkunde".

Vf. bespricht in einem Vortrag drei Fälle von „freiwilliger Stummheit", auch „Schrecklähmung" genannt, bei denen er in Rücksicht auf das Mitspielen des Willenaktes psychische Behandlung in Gestalt des faradischen Stromes empfiehlt im Gegensatz zum Krampf, bei dem sedative und reflexherabsetzende Mittel am Platze sind. Albrecht-Treptow.

— Parant père, Dr. Victor. Du droit de visite des parents ou amis aux aliénés internés. Annales médico-psychologiques. 1910, Juillet-Août.

Nach französischem Gesetz ist es vollständig in die Hand des Psychiaters gegeben, ob er zum

Patienten Besuch zulassen will oder nicht. Verf., der Leiter einer Privatanstalt ist, schildert einen Fall, in dem trotz Einverständnisses des Ehegatten doch von ferneren Verwandten wegen Ablehnung des Besuches gegen den Arzt gerichtlich vorgegangen wurde, allerdings ohne Erfolg. Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hall in Tirol.** Mit dem 1. Dezember d. Js. ist Direktor Sanitätsrat Dr. Josef Offer in Pension gegangen.

— **Hall, Tirol.** An Stelle des in den Ruhestand getretenen Direktors Dr. Offer wurde der Oberarzt Dr. Eisath zum Mitglied des tiroler Sanitätsrates ernannt.

— **Rybnik.** Abteilungsarzt Dr. Kurt Konietzny in Rybnik mit dem 1. Januar 1913 in gleicher Eigenschaft an die Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Leubus versetzt.

— **Freiburg i. Br.** Dr. Hauptmann hat sich für Psychiatrie habilitiert.

Anstaltstechnisches.

Die Reform-Wärmflasche (D. R. P.) aus braunem Steinzeug mit patentiertem Traghebel-Verschluß, welche von Wilhelm Krumeich, Ransbach 12 (Westerwald) in den Handel gebracht wird, bietet gegenüber manchen andern Wärmflaschen folgende Vorzüge: Ihre dreikantige Form (D. R. G. M.) ermöglicht die denkbar beste Auflage und damit die intensivste Wärmeabgabe. Ferner läßt sich die Flasche mittels des patentierten Verschlusses mit Traghebel in heißem Zustande leicht und sicher transportieren. Außerdem verhindert das dicke Steinmaterial der Flasche das Zerspringen, sowie im Gegensatz zu den Metallwärmflaschen ein rasches Abkühlen und erzeugt andererseits eine wohltuende Erwärmung. Auch ist der äußerst schnelle Verschleiß, wie er so oft bei Blech-Wärmflaschen durch Verbeulen und Durchrosten entsteht, infolge des unverwüstlichen Materials ausgeschlossen.



Der billige Preis gestattet jedem die Anschaffung der Reform-Wärmflasche, in größeren Mengen liegt namentlich der Bedarf bei Krankenhäusern und Hospitälern vor.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 40. 4. Januar 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Professor Dubois und die „Arbeitstherapie".

Eine Verteidigung

von G. Chr. *Schwarz* †.

(Schluß)

Die maßgebenden Vertreter der sogenannten Arbeitstherapie haben, von jeder Einseitigkeit frei, stets den Wert andererer Maßnahmen und so besonders der reinen Psychotherapie, zumal in Verknüpfung mit der Arbeitsbehandlung im engeren Sinne, anerkannt. Ich beschränke mich auf die Wiedergabe folgender Worte von Möbius aus seinen beiden grundlegenden Aufsätzen v. J. 1894 und 1896: „Dazu (zur systematischen Anleitung zur rechten Tätigkeit) gehören natürlich die Aufklärung des Kranken, die Beratung über die in jedem Falle zweckmäßige Gestaltung des Lebens und schließlich die Förderung der Einsicht in den Sinn des Lebens überhaupt. Es handelt sich bei dieser Nosagogie um ärztliche Seelsorge im weitesten Sinne des Wortes." Und ferner: „Natürlich wird der Arzt auch erklären, trösten, Mut machen, anregen usw., so viel er es kann, und dieser Teil seiner Aufgabe ist nicht gering."

Andererseits erkennt Dubois an, daß die rechte Berufstätigkeit ein großes Schutzmittel gegen nervöse Leiden ist und daß in ihr eventuell das Mittel zur Vollendung des Heilungsprozesses liegt. Und weiterhin, in den ganz chronischen Fällen will Dubois die Arbeit als ultima ratio zum therapeutischen Zweck unternommen gelten lassen und selbst als Notwendigkeit zugestehen. Da ist es doch wahrlich nicht recht logisch, bei Zuständen, die zwar noch nicht ganz chronisch geworden sind, aber doch auf Zeit ein Ausscheiden aus Beruf und Familie erfordern, über die Arbeitsbehandlung so hinweggehen zu wollen. So viel Anerkennung im Grunde auch darin liegt: die Arbeitsbehandlung kann sich nicht damit zufrieden geben, erst dann eintreten zu sollen, wenn alles andere nicht mehr helfen will. Dafür ist diese Therapie viel zu dienstbereit und viel zu nötig, und wenn Dubois bei der kurzen Dauer seiner Kuren (vier bis acht Wochen) ein ersprießliches Eingreifen der „Arbeitstherapie" als nicht gut möglich ansieht, so will ich hier dem schon an früherer Stelle vorgebrachten Einwand von grundlegender Bedeutung den Hinweis zufügen, daß mir auch nicht längere Aufenthaltsdauer zu Gebote standen und daß diese in „Haus Schönow" im letzten Jahr durchschnittlich 50 bzw. 54 Tage betrugen. Und dabei doch die gute Einführung der Behandlungsgrundsätze, die befriedigenden Resultate und das Erstehen vieler entschiedener Anhänger und Freunde der „Arbeitstherapie" aus den Reihen der Kranken! Es ist aber doch auch das hervorzuheben, daß es bei den Kurergebnissen nicht bloß auf die Schnelligkeit der Erzielung, sondern mehr noch auf die Gründlichkeit, auf die Verankerung ankommt. Hier zeigt sich dann die Souveränität der „Arbeitstherapie": sie allein braucht nicht damit zu rechnen, daß ihr die Organismen den Gefallen tun, in einer Schnellkur, nicht selten doch nur notdürftig, sich wieder in der Hauptsache auf sich selbst zu besinnen und ins Gleichgewicht zu kommen. Es ist in der Tat so daß sie sich auch dem tiefstgeschädigten und sich nur langsam wieder regulierenden Organismus gegenüber nicht vorzeitig erschöpft und ratlos dasteht, vielmehr solange zu zweckdienlichen Angriffen ausgenutzt werden kann, als irgend ausgleichbare Gesundheitsstörungen vorhanden sind.

Wenn Dubois bisher nie gesehen hat, daß die

Arbeitsbehandlung zu größeren Erfolgen geführt hätte, so will ich ihm das gerne glauben, auch ohne Voreingenommenheit seinerseits anzunehmen.. Aber ich möchte dann diese Arbeitsbehandlung auch gesehen haben, wo und von wem und in welchen Einrichtungen sie geübt wurde. Mit dem Bereithalten von Gerätschaften, allenfalls noch der Einstellung von professionellen Vorarbeitern glauben so viele alles Erforderliche getan zu haben. Den Geist der „Arbeitstherapie" bemühen sich schon nur wenige zu verstehen, und noch wenigere haben das Geschick und selbst auch nur den ernsten Willen, ihn aufzupflanzen. Darüber bin ich mir ganz im klaren, und nicht zum geringsten deswegen griff ich nach Jahren des Schweigens wieder zur Feder, um eine gute und wichtige Sache vor Diskreditierung sicher zu stellen und sie aus ungünstigen Zeitläufen in bessere Tage hinüberzuretten.

Dubois teilt als Ergebnis seiner statistischen Aufzeichnungen mit: In 98 Proz. der Fälle gelinge es ihm, die Leute in sechs bis acht Wochen wieder berufsfähig zu machen. Hierzu muß ich nun wohl oder übel Stellung nehmen.

Weit mehr als Dubois im Interesse seiner Psychotherapie wird anerkennen wollen, sind die guten Resultate auch bei ihm auf das Konto der — „Arbeitstherapie" zu setzen. Die große Mehrzahl der Hilfesuchenden kommt von auswärts, hat also Beruf und Familie verlassen, was die Ausschaltung einer großen Summe bisheriger falscher Tätigkeiten in sich schließt, und logiert sich in der an sich und durch seine Alpenfernsichten interessanten Stadt Bern ein, wodurch eine Fülle neuer Eindrücke, die Einfügung neuer Betriebe für Sinne und Geist gegeben ist. Es ist nötig, es einmal mit Nachdruck festzulegen, daß die Ortsveränderung mit ihrer heilsamen Wirkung einzig und allein unter den Begriff der „Arbeitstherapie", der Regelung der Tätigkeit fällt, mit Vernunfts-Psychotherapie jedenfalls nichts gemein hat, und daß alle anderen Therapien in den meisten Fällen Nutznießer dieses so wichtigen Teiles der „Arbeitstherapie" sind. Ob nun am Orte der Zuflucht eine Wasser-, Massage- oder elektrische Behandlung oder auch die Überredungstherapie der Patienten wartet und sie „beschäftigt", das ist bei einer nicht geringen Zahl Hilfesuchender so ziemlich gleich, sofern nur der Organismus über ausreichende Elastizität verfügt und von seiten der Therapeuten Schädigungen vermieden werden. Ist eine Ortsveränderung nicht möglich, oder sind außer ihr noch weitere positiven Einwirkungen ernstlich vonnöten, dann erscheint auch mir die Waffe Duboi's durchschnittlich wirksamer als die physikalisch-diätetischen Mittel. In diesem Sinne habe ich schon vor einem Jahrzehnt geschrieben, und je mehr Dubois erreicht, umso befriedigter kann ich selbst sein.

„Es gibt viele Nervöse, welche den Einfluß guter Räte so rasch empfinden, daß man sagen könnte, sie seien im Grunde rein seelisch krank", sagt Dubois in seinem Buch. Nun ja, und es drängt sich einem die Meinung auf, daß vorzugsweise derartige Kranke dem Spezialisten Dubois von den Ärzten zugeschickt werden. Mit dem gleichen Rechte kann man getrost sagen: es gibt viele Nervöse, denen es bei der bloßen Versetzung in ein vom Geiste der „Arbeitstherapie" erfülltes Milieu wie Schuppen von den Augen fällt und die sich allein schon dadurch ganz bedeutend befreit fühlen.

Ich will meine Meinung darüber auch vorbringen, wann Dubois seine eklatantesten Erfolge erzielt, in gewissen „verzweifelten" Fällen nämlich. Es dürfte gar so selten nicht sein, daß nervöse Zustände, die anfänglich vielleicht rein oder doch vorwiegend körperlicher Natur sind, sich in ganz bestimmter eigentümlicher Weise wandeln. Mit dem Fortfall der Ursachen nämlich ist das ursprüngliche Leiden vielleicht ganz oder doch zum größten Teil geschwunden, lebt allenfalls mehr nur noch in der Erinnerung weiter, der betreffende Patient hat aber mittlerweile als Irrfahrer in energisch betriebenen physikalisch-diätetischen Kuren (was erlebt einer da alles!) neue Erwerbungen böser Art gemacht: psychische und diesen entsprechende körperliche Leiden. Schließlich kommt er zu Dubois, und dieser rettet den Sinkenden durch seine so ganz anders geartete Persönlichkeit in einer wohlangebrachten psychotherapeutischen, die begangenen Fehler frei anerkennenden Kur. Die Voraussetzung zu solch verblüffenden Kurerfolgen ist, daß der Patient im rechten Stadium — nicht zu früh und nicht zu spät — zu Dubois kommt.

Aber 98 Proz. Wiederherstellungen!

Ich muß in erster Linie die Frage aufwerfen: Hat Dubois das weitere Ergehen sämtlicher 98 Proz. angenommen Geheilter in ihrer Berufsarbeit auch nur einige Monate verfolgt und verfolgen können? Wie mancher mag da in Zuversicht und mit besten Vorsätzen oder auch sozusagen eingeschüchtert wieder an seine Arbeit gehen oder zu gehen versprechen und dann trotz „zurechtgesetzten Kopfes" bald nachher doch versagen!

Ich habe keine Belege zu meiner Vermutung, aber ich denke an eine Musiklehrerin, die zwei Jahre nach der bei Dubois gefundenen Wiederherstellung rückfällig wurde. Sie war in größter Verzweiflung, indem ihr Dubois die Versicherung (Suggestion?) mitgegeben hatte, Rückfälle seien ausgeschlossen.

Gewiß kann ein durch die „Arbeitstherapie" Geheilter unter übermächtigen Lebensverhältnissen auch rückfällig werden, aber nicht so leicht und besonders wird er nicht solcher Verzweiflung anheimfallen, wie ich sie hier vor mir sah. Der durch eine „Arbeitskur" Hindurchgegangene und Geschulte trägt es klar in sich, daß es nur auf Neuordnung der in ihm liegenden Kräfte durch wohlgeleitetes eigenes Tun ankommt, und er greift gelassener wieder zum natürlichen Heilweg.

Nun kommt die Hauptsache! Die 98 Proz. Heilungen sind so zu verstehen: die Rechnung stimmt erst dann oder ist danach gemacht, nachdem so und so viel Fälle oder Arten der Erkrankung von vornherein ausgeschieden wurden! Außer dem Eindruck, den ich in eingehenden Besprechungen mit zweien bei Dubois resultatlos gewesenen Herren gewonnen habe, lasse ich mir folgendes dazu als Stütze dienen.

Bereits in seinem Brief macht Dubois die Einschränkung, die ganz chronischen Fälle von Neurasthenie könne er nicht annehmen und müsse sie an die Sanatorien weisen. Dieser Fälle gibt es aber m. E. eine größere Zahl, als Dubois auf Grund seiner Praxis anzunehmen scheint, und wenn auch dieser und jener durch rechtzeitig eingreifende Psychotherapie zu bewahren gewesen wäre, so geben viele gar nicht die Möglichkeit dazu. Sie fühlen instinktiv, daß die Arbeit, die Erfüllung ihrer Berufsobliegenheit, soviel Wunden sie ihnen auch schlägt, auch wieder Trost und Kraft gibt, und noch mehr fühlen sie *instinktiv*, daß sie weder ein Objekt des Mediziners im engeren Sinne, noch des reinen Psychotherapeuten sind, und so harren sie oft jahrelang aus, bis es eben gar nicht mehr geht. Wenn sie sich schließlich beim Arzte einfinden, dann nunmehr als Träger einer bereits ganz chronisch gewordenen Neurasthenie. Es handelt sich hier nicht etwa um schwerer Degenerierte, sondern um die tüchtigsten Leute voll hohen Pflichtgefühls und Schaffensdrang, deren Geistesanlage allein die noble „Arbeitstherapie", diese Hilfe zur Selbsthilfe, entspricht. Täusche man sich doch nicht: so viele warten unbewußt auf Heilstätten mit Betätigungsgelegenheiten, und erst deren Existenz kann sie veranlassen, in Nervennöten zeitig die (rechte) Hilfe in Anspruch zu nehmen. Solange die rechten Heilstätten fehlen, bleibt das Elitematerial für diese ein Kreuz der verschiedenen Therapeuten, einer schiebt sie dem anderen zu, und keiner vermag Lorbeeren an ihnen zu ernten.

Nach Ausscheidung derer, die nach Dubois' Auffassung lediglich den zeitigen Anschluß an die Psychotherapie versäumt haben, gibt es noch andere Kranke, denen gegenüber Dubois die Ohnmacht oder Unzulänglichkeit seiner Mittel ausdrücklich anerkennen muß. So lege ich hier aus seinem Buche „Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung" (S. 445 und 446) folgende Sätze fest:

„Damit soll freilich nicht gesagt sein, daß alle nervösen Zustände ausschließlich auf psychischem Wege entstehen und daß sie alle ausnahmslos durch die psychotherapeutische Methode geheilt werden können. Leider ist dem nicht so."

„. . . Es gibt auch solche Psychoneurosen, welche von der besonderen Organisation des Gehirns oder von krankhaften Zuständen abhängen, die den Kranken für jeden psychotherapeutischen Einfluß absolut unempfänglich machen."

„Gewisse Fälle von Neurasthenie und Hysterie erweisen sich als gänzlich unheilbar (?) trotz des guten Willens, den die Kranken in Bezug auf eine Umstimmung ihres Seelenzustandes an den Tag legen."

„. . . . Sobald das Leiden auf rein körperlichen Ursachen beruht, muß ich dies jedesmal als einen höchst bedauerlichen Umstand auffassen, da wir die geheime Ursache der zerebralen Funktionsstörung nicht kennen und diesen konstitutionellen Psychosen ziemlich machtlos gegenüberstehen."

Nach diesen Sätzen des in seiner Sache sonst so entschiedenen Optimisten müßten denn doch auch vor Dubois die Bemühungen all' der Männer größere Bedeutung erlangen, die gegen nervöse Leiden durch ein umfassenderes Heilverfahren vorgehen wollen, als es die bloße Psychotherapie ist, und die sich deswegen besonders zur sogen. Arbeitstherapie bekennen. Was könnte es denn auch schaden, und sind uns vielmehr nicht weitere wichtige Handhaben und den Kranken weitere Aussichten geboten, wenn wir den Pflug der Arbeitstherapie durch die der bloß psychischen Behandlung trotzenden Leiber gehen lassen? Nicht etwa bloß durch Massage und Gymnastik, sondern in psycho-physischer Weise durch passend gewählte und richtig geleitete muskuläre Arbeit den Stoffumsatz zu erhöhen, Atmung, Blutbewegung und Verdauung zu verbessern und dergestalt befreiend, stärkend und regulierend auf die Gehirntätigkeit einzuwirken, was bleibt uns denn schließlich anderes übrig als vornehmlich dieser Weg und ist er denn zwecklos? Ich verweise Dubois auf die in meinem Buch über Nervenheilstätten (S. 20) abgedruckten Briefstellen H. Laehr's, aus denen auf Grund der Erfahrung dessen wachsende Anerkennung der Arbeit als Heilmittel hervorgeht, gerade auch im Gegensatz zur rein psychischen Behandlung. Und weiterhin verweise ich auf die Veröffentlichungen M. Laehr's, in denen bezeugt ist, wie selbst in zweifelhaften und in prognostisch scheinbar recht

ungünstigen Fällen, bei Mischformen erworbener und angeborener Minderwertigkeit und bei den Unfallsneurosen, die Arbeitsbehandlung überraschende durchschlagende Erfolge zeitigte.

Wenn vielleicht auch in umfassendster Weise, so doch nicht als erster vertrete und verteidige ich die „Arbeitstherapie“ gerade Dubois gegenüber. In Veraguth und M. Laehr habe ich Vorgänger gefunden, wenn sie auch mehr beiläufig ihre Bemerkungen machten.

Veraguth findet:

1. Ein allen Arten der (rein) seelischen Behandlung gemeinsamer Nachteil ist die mehr oder weniger große Abhängigkeit des Patienten vom Arzt.

2. Die direkte persönliche Beeinflussung ist zeitlich (zu sehr) beschränkt; die übrigen, viel größeren Zeitabschnitte einer Behandlungsdauer ist der Kranke sich selbst und oft vielen unerwünschten Beeinflussungen überlassen.

3. Es gibt Patienten, die schon ganz andere Höhen erklommen haben und in ganz anderen Abgründen gewesen sind als der Arzt, der sie nun von den Folgen solcher Erlebnisse psychotherapeutisch befreien soll. In solchen Fällen wird namentlich der junge Neurologe leicht versagen müssen.

M. Laehr aber weist auf folgendes hin:

1. Psychotherapeutische Einzelsitzungen sind recht zeitraubend und darum wohl für einzelne Kranke und in der Privatpraxis am Platze, aus äußeren Gründen aber kaum für alle Insassen einer größeren Heilstätte durchführbar.

2. Das Appellieren an den Verstand kann sich nicht immer als genügend ergiebig erweisen.

3. Gegenüber der direkten Umstimmung von seiten des Arztes hat die rechte Arbeit mit ihrer allmählich von innen heraus durch Anregung natürlicher Kräfte wirkenden Macht ihre eigenen Vorzüge.

Kein Vertreter der sogen. Arbeitstherapie bestreitet angesichts der sehr vielgestaltigen individuellen Prägung der nervösen Leiden, daß die Psychotherapeuten, gleichviel welcher Richtung sie angehören, ihre Erfolge aufzuweisen haben. Wir wollen jeder Richtung das ihr Zukommende lassen und gern jeden Dauererfolg registrieren, den ihre Vertreter ohne Zuhilfenahme von Heilstätten und ohne Heranziehung der Arbeitstherapie im engeren Sinne erzielen. Soweit ihnen diese gelingen, sind sie nach unserer Lehre — ich wiederhole es hier — nicht unsere Gegner, sondern unsere Verbündeten. Woher nun unsere Scheidung, von der wir nicht abstehen können? Allem Anschein nach daher, daß wir uns das Ursachenstudium angelegener sein ließen oder uns darin einen freieren Blick bewahrt haben, was uns, auch nach dem fast völligen Versagen der (einseitig) medikamentösen Behandlung und der zu Hilfe erschienenen physikalisch-diätetischen Therapie, davor behütet hat, der alten Wahrheit mens sana in corpore sano in unserem Behandlungsplan nicht zur vollen Geltung zu verhelfen. Wir halten unseren Blick unverwandt darauf gerichtet, daß der Mensch bestimmt ist zur harmonischen Entwicklung möglichst aller seiner Kräfte und Anlagen, und beobachten, wie unter unseren gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnissen mit ihrer vielfach hervortretenden Naturentfremdung und speziell mit ihrem Prinzip weitgehender Arbeitsteilung so viele Menschen auf der Basis einer im allgemeinen ungenügenden Übung ihrer körperlichen Kräfte und der Sinnesorgane mehr denn je sich in einseitiger Anspannung und daraus resultierendem Mißmut verbrauchen. In derart disharmonischer Lebensführung die allgemeine Ursache und den ergiebigsten Nährboden der Nervenleiden erkennend, nehmen wir zum Leitstern der Behandlung den von Möbius so anschaulich und präzis aufgestellten Satz:

„Das Ideal der Behandlung wäre, daß der Arzt die Tätigkeit des Patienten (d. i. sein gesamtes Tun und Lassen) so regelte, wie ein guter Verwalter eine in Unordnung geratene Wirtschaft. Durch Sparsamkeit da, durch Anspannung der Kräfte dort, durch Ausschaltung unergiebiger oder verlustbringender Betriebe, durch Einfügung neuer müßte das verschuldete Gut in ein zinstragendes verwandelt werden.“

Auch bei angenommener ererbter Disposition der von nervösen Störungen Heimgesuchten, und gerade bei dieser Annahme, und wenn im Einzelfall auch noch so sehr Hilfsursachen mitgewirkt haben, bleibt dieser Satz bestehen, ehern und unverrückbar wie ein Rocher de bronce. Wird Dubois die Richtigkeit dieses Satzes in Zweifel ziehen wollen? Das glaube ich nicht annehmen zu dürfen. So ergibt sich die weitere Frage: wer ist der sorgsamere Ausleger und entschiedenere Befolger dieses Satzes, der Psychotherapeut, der sich die Regelung der Tätigkeit lediglich im Bereiche des Psychischen in direkter Beeinflussung, bei vorwiegend abwartendem Verhalten des Kranken, zum Ziel setzt (und darüber ständig Gefahr läuft, die Mahnung und Ansprüche des gestörten Leibes nicht recht anzuerkennen oder doch nicht richtig einzuschätzen), oder der sogen. Arbeitstherapeut, der seinen Blick unverwandt auf die Wechselwirkung von Leib und Seele gerichtet, in berechnender Ausnutzung dieses Verhältnisses und in Anerkennung des Schwergewichtes der gestörten Leiblichkeit seine Maßnahmen auf den ganzen

Menschen erstreckt derart, daß er die ihm Befohlenen auf natürliche Weise zu befreienden, die gestörte Harmonie wieder ausgleichenden selbsteigenen Taten und Erlebnissen führen will? Ich unterstelle die Frage, wer in der zwingenderen Position und gerüsteter dasteht, dem Urteil aller unbefangen Denkenden und nicht zuletzt dem der Hilfesuchenden selbst und glaube gelassen dem Ausfall der Antwort entgegensehen zu können.

Hiernach ist mein Schlußwort dieses: Nervenheilstätten und zwar mit „Arbeitstherapie" und späterhin, so weit möglich, nach Berufszweigen gegliederte Übergangs-Arbeitsstätten werden kommen. Ihre Errichtung können Dubois und die mit ihm gleichen oder ähnlichen Sinnes sind, uns weder ersparen, noch auch können sie, davon abzustehen — uns überreden.

Mitteilungen.

— **Feierliche Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Haar.***) In Gegenwart des Regierungspräsidenten v. Halder, der beiden Bürgermeister der Stadt München, des Präsidenten des Oberbayerischen Landrates mit zahlreichen Mitgliedern desselben, der Vertreter der städtischen Kollegien, der Medizinalbehörden, der Ärzteschaft und der Presse — im ganzen nahe an 300 Gäste — fand am 20. November 1912 die feierliche Eröffnung der Oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Haar statt. In dem festlich geschmückten Gesellschaftshaus begrüßte Regierungspräsident v. Halder die Erschienenen und führte aus, daß die Eglfinger Anstalt bereits 1906 an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt war, wodurch sich die Regierung in die Lage versetzt sah, an die Kreisvertretung wegen der Errichtung einer weiteren Anstalt heranzutreten. Als beste Lösung erwies sich dabei die Arrondierung mit der Eglfinger Anstalt und nach kaum 2¾jähriger Bauzeit ist durch die Opferwilligkeit und das einmütige Zusammenarbeiten aller Beteiligten in Haar eine Heimstätte und Zuflucht entstanden für die Ärmsten der Armen zur Genesung oder wenigstens Linderung ihrer Leiden. Für die hohen Kosten, über 6 Millionen, wurde etwas wahrhaft Mustergültiges geschaffen. — Med.-Rat Dr. Vocke gab sodann einen Überblick über die oberbayerischen Kreisirrenanstalten und deren Ausgestaltung:

Vor 50 Jahren sah sich der Kreis Oberbayern genötigt, die erst 1859 eröffnete Kreisirrenanstalt München zu erweitern, um dem Andrange auch fernerhin genügen zu können. Damals befanden sich 250 Kranke in der Anstalt, heute nach 50 Jahren beherbergen die drei Anstalten Eglfing, Gabersee und Haar 2250 Pfleglinge, die neunfache Zahl! Im gleichen Zeitraume hat sich die Einwohnerzahl des Kreises nur verdoppelt, von 800000 auf 1,6 Millionen. Dem Wachstum der Bevölkerung von jährlich 1,3% (ich nenne nur runde Zahlen) steht eine jährliche Zunahme der Geisteskranken von 4,4 Prozent gegenüber. In erschreckender Weise scheinen diese Ziffern die Berechtigung des geflügelten Wortes von unserem „Zeitalter der Nervosität" zu bestätigen und die Tatsache einer fortdauernden und ungewöhnlichen Zunahme der geistigen Erkrankungen festzustellen.

Und doch ist dem nicht ganz so wie es scheint. Die Sorge, daß unser Kreis in nicht allzu ferner Zeit weitere Plätze durch die vorgesehene Erweiterung der Anstalt Haar schaffen und später auch noch an den Bau einer vierten Anstalt herantreten muß, kann ich Ihnen allerdings nicht nehmen, zumal da das Unterstützungs-Wohnsitz-Gesetz gerade in Oberbayern mit einer Großstadt wie München eine dauernde Mehrbelastung der Irrenanstalten bringen wird, allein auf Grund statistischer Forschungen und anderer hoffnungsvoller Ausblicke dürfen wir zuversichtlich erwarten, daß die prozentuale Zunahme der anstaltsbedürftigen Kranken in einer Zeit, die wir alle noch zu erleben hoffen, eine sichtliche Abminderung erfahren muß und wird.

Vor allem muß betont werden, daß die Zahl der Geisteskranken in unserem Vaterlande noch nie durch amtliche Zählungen festgestellt worden ist. Die Statistik gibt daher nicht Aufschluß über die Zahl der Kranken überhaupt, sondern nur über jene, welche Anstalten zur Behandlung und Pflege anvertraut sind. Die hospitalisierten Kranken haben sich in 50 Jahren bei uns verneunfacht, allein es fehlt jeder Beweis dafür, daß geistige Störungen in den letzten Dezennien in wirklich namhafter Weise zugenommen hätten.

Betrachten wir den 50jährigen Zeitraum von 1862—1912 in zwei gesonderten Hälften, so fällt schon hierbei die erfreuliche Tatsache auf, daß in den letzten 25 Jahren — von 1887—1912 — die Anstaltspfleglinge prozentual sogar etwas weniger zunahmen als von 1862—1887. Das ist umso bemerkenswerter, als durch manche Umstände die Unterbringung von Kranken in Anstalten gerade in den letzten 20 Jahren erleichtert und ihres Odiums mehr und mehr entkleidet wurde. Der wachsende Kampf um die wirtschaftliche Existenz zwingt mehr wie früher die einzelne Familie einen kranken Angehörigen in der Anstalt zu versorgen, die teilweise Abwälzung der Armenlasten für Anstaltspfleglinge auf die breiteren und kräftigeren Schultern der Kreisgemeinden macht die lokalen Armenverbände viel geneigter, ihre Kranken in Anstalten unterzubringen, die Erbauung neuer, moderner Anstalten mit allen Einrichtungen für zweckentsprechende Behandlung und hygienische Pflege, die freie Behandlung und Beschäftigungstherapie in den Anstalten, die liberale Genehmigung von Besichtigungen und Krankenbesuchen, hat mächtig im ganzen Volke aufgeräumt mit alten Vorurteilen. Und trotzdem sehen wir in den letzten 25 Jahren keine größere Zunahme als ehedem.

Groß ist das Bedürfnis an Anstaltsplätzen auch heute noch, aber die Statistik anderer Staaten, vornehmlich Englands, zeigt, daß ein gewisser Beharrungszustand eintritt, wenn auf je 100000 Einwohner 330 Anstaltsplätze zur Verfügung stehen. Mit der Anstalt Haar verfügt Oberbayern über 2700 Plätze in Kreisanstalten, 240 Plätze bergen die Klinik und unsere zwei Privatanstalten, etwa 1000, meist jugendliche, Epileptiker und Geistesschwache haben in Wohltätigkeitsanstalten ein Asyl gefunden, so daß rund 4000 Plätze bereit stehen, oder 260 auf je 100000 Einwohner, ein Verhältnis, das nur von wenigen Bezirken Deutschlands erreicht wird.

Es ist richtig, daß das Tempo in Arbeit und Genuß ein lebhafteres geworden ist, daß stärkere Ansprüche an das Nervensystem des Einzelnen gestellt werden und die geistige Gesundheit gefährden, allein die Fortschritte der Hygiene, die Ausdehnung einer allgemeinen Gesundheitspflege, ernste Reformbestrebungen auf dem Gebiete der körperlichen, geistigen und sittlichen Jugenderziehung, sowie die soziale Fürsorge des Staates und privater Vereinigungen wirken in

*) Vgl. die Beschreibung in Nr. 1 Jahrg. 1912/13 dieser Wochenschrift.

weitem Maße und mit sichtlichem Erfolge den Schädigungen unserer Kultur entgegen.

Nicht zu leugnen ist, daß ein Teil der Zunahme an Anstaltskranken bedingt ist durch die bisherigen Grenzen unseres ärztlichen Könnens gegenüber vielen Erkrankungen, durch unsere teilweise Ohnmacht zu verhüten und zu heilen. Lebhafter als je aber sind heute unsere Hoffnungen auf eine bessere Zukunft. Zu den Errungenschaften der praktischen Psychiatrie sind Fortschritte der wissenschaftlichen gekommen, die uns zu solchen Hoffnungen berechtigen. Rassenhygiene und Erblichkeitsforschung, pathologische Hirn-Anatomie und experimentelle Psychologie, Physik, Elektrizität, Chemie, Serologie und Chemotherapie, um nur einige unserer wichtigsten Hilfswissenschaften zu nennen, wurden in den Dienst psychiatrischer Forschung gestellt zur Verhütung, exakten Erkennung und Behandlung der Geisteskrankheiten. Manche Erfolge sind schon errungen, größere stehen uns sicher bevor, zumal dann, wenn auch in den Heil- und Pflegeanstalten ein tüchtiges Ärztekorps, beseelt von wissenschaftlichem Streben, unterstützt und angeeifert durch die Bereitstellung entsprechender wissenschaftlicher Mittel, Schulter an Schulter kämpft mit der wissenschaftlichen Psychiatrie in dem auf der ganzen Linie entbrannten Kampfe gegen einen der furchtbarsten Feinde der Menschheit.

In aufrichtiger Dankbarkeit möchte ich bei diesem Anlasse bekunden, daß Landrat und Regierung von Oberbayern es nie an Mitteln haben fehlen lassen für eine moderne Krankenfürsorge. für die wissenschaftliche Ausstattung der Anstalten, für die Gewinnung und Erhaltung eines guten Ärztepersonals, für dessen Fortbildung, sowie ganz besonders im letzten Dezennium für die Heranziehung eines tüchtigen, stabilen Pflegepersonals, das in seinem Berufe eine auskömmliche Lebensstellung findet.

Zum Schluß noch einige Bemerkungen zum psychiatrischen Bauprogramm der neuen Anstalt, um im voraus jene Fragen zu beantworten, die sich dem Beschauer angesichts des augenfälligen Unterschiedes zwischen Eglfing und Haar aufdrängen.

In der Anstalt Eglfing wurde seit der Eröffnung eine genaue Statistik des technischen Betriebes geführt und an der Hand derselben konnte erstmals in der Sitzung des ständigen Landratsausschusses vom 29. Dezember 1906 die Anregung ausgesprochen werden, die neue Anstalt, die kommen mußte, dicht neben Eglfing zu errichten, wodurch erhebliche Kosten für Grunderwerbung, Straßenbauten, für neue technische Anlagen und für einen neuen Gutsbetrieb erspart werden könnten.

Bei der Projektaufstellung wurden selbstverständlich alle Erfahrungen beim Bau der Anstalt Eglfing, alle Erfahrungen des Kranken- und Verwaltungsbetriebes eingehend berücksichtigt, vor allem aber der Kostenpunkt im großen wie im kleinen. Eine Durcharbeitung der Bau- und Betriebsrechnungen lieferte hierzu wichtige Anhaltspunkte, und so kamen wir zu jenen einschneidenden Änderungen in der Anlage der Anstalt, die sich von der in Eglfing wesentlich abhebt, die ein Novum im Bau einer modernen Irrenanstalt bedeutet, nach meiner festen Überzeugung aber einen Fortschritt in ärztlicher und in ökonomischer Beziehung. Wir haben mit dem Klein-Pavillonsystem, das seit zwei Dezennien den Anstaltsbau vollkommen beherrschte, gebrochen; wir haben grundsätzlich auf die kostspieligeren eingeschossigen Pavillone verzichtet, mit einer einzigen Ausnahme, nämlich da, wo es sich um die Unterbringung der störendsten Kranken handelte, ja wir sind noch weiter gegangen und haben aus wohlbegründeten Rücksichten auf einen zweckmäßigeren Betrieb und namhafte Kostenersparnisse im sog. Aufnahmehaus 5 Pavillone mit 280 Betten für unruhige, einer ständigen Überwachung bedürftige Kranke unter einem Dach zusammengefaßt.

In ähnlicher Weise sind drei Gruppen von unsicheren Kranken in einem großen Haus mit 95 Betten vereinigt worden. Die Überwachung und ärztliche Versorgung der Kranken, der nicht selten veranlaßte Abteilungswechsel und die gegenseitige Hilfeleistung des Personals wird dadurch wesentlich erleichtert, die Bau- und Installationskosten werden bei solcher Bauweise verringert und auch im Betrieb kann an Personal-, Beheizungs- und Bauunterhaltungskosten gespart werden.

Ein weiteres Novum ist das Kinderhaus, mit dessen Genehmigung der oberbayerische Landrat ein dringendes Bedürfnis gestillt hat. 50 Betten in einem Hause stehen einstweilen zur Verfügung, um geistig abnorme Kinder jeglichen Alters hier behandeln und beobachten zu können. Sie haben gehört, daß etwa 1000 Kinder aus unserem Kreise wegen geistiger Gebrechen in Wohltätigkeitsanstalten untergebracht sind, die gewiß unendlich viel Gutes und Segensreiches in der Pflege, in Unterricht und in der Ausbildung zu selbständiger Erwerbstätigkeit an diesen Ärmsten geleistet haben, mehr aber wird noch geleistet werden können, wenn die Beobachtung fachkundiger Ärzte eine Auslese trifft zwischen jenen Kindern, die dauernder ärztlicher Behandlung bedürfen, die Aussicht auf Bildungsfähigkeit haben und die einer Pflegeanstalt überwiesen werden können.

Noch eine dritte fortschrittliche Einrichtung ist hervorzuheben: die erweiterte Fürsorge für das Pflegepersonal, das in der neuen Anstalt, wie sonst fast nirgendwo, auf allen Abteilungen gesondert von den Kranken in freundlichen untergebracht ist und an keiner Stelle mehr unter den Kranken schläft, sondern in eigenen Zimmern, die, wo nötig, in einer akustischen Verbindung mit den angrenzenden Schlafsälen der Kranken stehen.

Nach Med.-Rat Dr. Vocke sprach Landratspräsident Hofrat v. Seuffert, der, wie die übrigen Redner, der Verdienste derjenigen Herren gedachte, die beim Anstaltsbau und bei seinem Zustandekommen tätig waren.

Der neue Leiter der Anstalt Haar, Dr. Blachian, berührte in seiner Ansprache ebenfalls mehrere Fragen von allgemeinem Interesse und führte u. a. aus, daß die relativ steigende Frequenz der Heil- und Pflegeanstalten mit der immer mehr schwindenden Scheu, solche Anstalten aufzusuchen, zusammenhänge, dann weiter mit der strengeren polizeilichen Aufsicht, die dem Zustand ein Ende gemacht habe, daß man fast in jedem Orte die unglückliche Erscheinung des Dorftrottels fand; aber auch die steigenden Lebensunterhaltskosten hätten das Interesse der privaten Irrenpflege abgeschwächt. Andererseits habe es auch mit der Wiederabgabe von geeigneten Kranken an die häusliche Pflege seine Schwierigkeiten. Das und der Zugang neuer Kranker bringe Stauung in die Krankenbewegung. Mit dem Kinderhaus in Haar sei der erste große Schritt der Idiotenversorgung getan. Lehrern, Ärzten und Geistlichen dürfte in ihrem Zusammenwirken der Erfolg auf diesem Gebiete beschieden sein.

Einen Überblick über die baulichen Arbeiten der neuen Anstalt gab Bauamtsassessor Neidhart. Zum Schluß des Festaktes übergab Hofrat v. Seuffert die Anstalt an die oberbayerische Kreisregierung und an die Anstaltsleitung. Mit einem begeisterten Hoch auf den Regenten schloß die Feier, der ein Rundgang durch die beiden Anstalten Haar und Eglfing folgte.

Bei dem anschließenden Frühstück wurde die Absendung eines Telegramms an den Regenten beschlossen. Es lautete:

„Ein hervorragendes Werk der Nächstenliebe, die Heil- und Pflegeanstalt Haar, wurde heute von der Regierung und Kreisvertretung in Anwesenheit vieler Gäste seinem edlen Zweck übergeben. In dankbarer Liebe und Treue blickt die Versammlung zu Eurer Königlichen Hoheit, dem großen Wohltäter gerade der Kranken und Notleidenden der Landeskinder empor und bringt

Eurer Königlichen Hoheit ehrerbietigste Huldigung und innigste Segenswünsche dar."

Regierungspräsident v. Halder gedachte in einer Ansprache noch der verstorbenen Landratsmitglieder, die sich mit besonders warmem Interesse der Heil- und Pflegeanstalt angenommen haben. Sein Hoch galt dem Landrat, ein Toast des Bürgermeisters Hofrats Brunner dem Regierungspräsidenten.

Prinzregent Luitpold hat auf die bei der Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Haar an ihn gerichtete Huldigungsdepesche folgendes Danktelegramm an den Regierungspräsidenten v. Halder gesandt:

Von Herzen danke ich den zur Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Haar versammelten Vertretern der Regierung und des Kreises Oberbayern für ihre telegraphische Begrüßung. Möge die neue Anstalt segenbringend wirken für alle, die darin Heilung suchen. Luitpold, Prinzregent.

— **Bericht über die XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Halle a. S., am 26. Oktober 1912. (Offizieller Bericht.)

Referenten: Dr. A. Gregor-Leipzig, Dr. Hans Willige-Halle. (Fortsetzung.)

11. Herr Rühle-Uchtspringe: „Experimentelle Studien über tumorartig wachsende Fremdkörper im Tiergehirn" (mit Demonstrationen).

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß man unter den Hirngeschwülsten gelegentlich Tumoren begegnet, die einer eindeutigen histopathologischen Klassifizierung Schwierigkeiten bereiten. Gemeint sind dabei nicht die sogenannten Mischgeschwülste, sondern vielmehr jene Art von Tumoren, bei denen sich um eine gewissermaßen den Kern darstellende Geschwulstart mantelartig eine aus völlig andersartigen Gewebselementen zusammengesetzte Tumormasse herumlagert. Es resultiert so eine Geschwulst, die aus zwei histologisch völlig voneinander verschiedenen Gebilden besteht. So wurde von Merzbacher und Ujeda in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie ein Hirntumor beschrieben, der ein deutliches Spindelzellensarkom darstellte, um das herum mantelartig eine rein gliomatöse Neubildung angeordnet war. Nach den genannten Autoren sollte letztere als das Resultat einer reagierenden Tätigkeit der Neuroglia auf den konstant wachsenden Druck des Spindelzellensarkoms auf das umgebende Gewebe aufzufassen sein. Derartige Anschauungen fanden bekanntlich ihre Formulierung in der Meinung von dem sogenannten „reaktiven Gliom". Dieser Frage suchte der Vortragende, einer Anregung Merzbachers folgend, auf experimentellem Wege dadurch näher zu kommen, daß er in der Schädelhöhle der Versuchstiere Bedingungen zu schaffen versuchte, die denen eines allmählich an Umfang zunehmenden und so immer intensiver die Umgebung komprimierenden Tumors ähnlich gelagert waren, so daß die auf diesen kontinuierlichen Reiz reagierende Tätigkeit der Glia einer histopathologischen Untersuchung zugänglich gemacht werden konnte. Der Gedanke, derartige Bedingungen durch Hineinbringen einer Laminariascheibe in die Schädelhöhle zu schaffen, lag nahe, die Schwierigkeit war nur die, „ein allzu rasches Wachstum" dieses durch Flüssigkeitsaufnahme sich vergrößernden Tumors zu verhindern. Nach vielen Vorversuchen erwies sich zu diesem Zwecke das Umgeben der Laminariascheibe mit einer Paraffinhülle, die siebartig durchlöchert war, als vorzüglich geeignet, um ein allmähliches Größerwerden dieses Fremdkörpers und damit einen kontinuierlichen Druck auf seine Umgebung herbeizuführen. Zu den Versuchen wurden Kaninchen benutzt. Nach Trepanation des Schädeldaches und Spaltung der Dura wurde die Laminariascheibe unter die harte Hirnhaut verbracht, und um ein Ausweichen nach oben — nach der wieder aufgelegten Trepanknochenscheibe — zu verhindern, der Fremdkörper weiter nach vorne unter die intakte Knochensubstanz geschoben. Die so operierten Versuchstiere wurden dann nach verschieden langer Zeit — Tage, Wochen, Monate, bis zu zwei Jahre — getötet und das Gehirn, insbesondere die Umgebung des Tumors, in der üblichen Weise untersucht. Die Ergebnisse der umfangreichen Untersuchungen, die eingehend veröffentlicht werden sollen, wurden an zahlreichen nach mikrophotographischen Aufnahmen hergestellten Diapositiven (Mikrophotographisches Laboratorium der Anstalt Uchtspringe Dr. Engelken) demonstriert und können an dieser Stelle nur kursorisch wiedergegeben werden. Die klinischen Erscheinungen, die in Krämpfen, Spannungen, Lähmungen, Zitterbewegungen auf der der gedrückten Seite gegenüberliegenden Körperhälfte bestanden, waren nur passagerer Natur und schon nach relativ kurzer Zeit boten die Tiere keinerlei Symptome, wie sie wohl von dem Vorhandensein eines so großen (etwa sechs- bis achtmal so groß als die ursprüngliche Laminariascheibe), raumbeengenden und das Gehirn komprimierenden Fremdkörpers innerhalb der Schädelkapsel hätten erwartet werden können. Was nun die Ergebnisse der histologischen Untersuchung anbelangt, so kommt es zwar zweifellos zu einer Reaktion der gliösen Elemente auf den kontinuierlichen Druck des sich vergrößernden Tumors, aber von einer Neubildung im Sinne des „reaktiven Glioms" ist keine Rede und somit wäre die ursprüngliche Fragestellung der Untersuchungen zu verneinen. Die Glia reagiert zunächst durch eine enorme protoplasmatische Wucherung der einzelnen Elemente, die sich namentlich gegen den andrängenden Tumor zu in Form eines dichten, palissadenartigen Walles anordnen, aber auch nach der Tiefe zu deutliche Abweichungen von der Norm erkennen lassen. Namentlich fallen hier starke neurophagische Prozesse auf, die auf der entsprechenden Stelle der tumorfreien Hemisphäre vollständig fehlen. Von großem Interesse ist auch der Formenreichtum der pathologisch veränderten gliösen Elemente gegenüber der „gesunden" Seite, die im einzelnen an den demonstrierten Diapositiven erläutert wurden. Eine starke Vermehrung der faserigen Glia bei älteren Tumortieren konnte mittels der Bendaschen Methode nachgewiesen und an Lumierephotographien gezeigt werden. Auf die Druckerscheinungen, die die nervösen

Elemente boten, auf die Markscheidenausfälle, auf die Proliferationsvorgänge in der den Tumor umgebenden Kapsel soll hier nicht näher eingegangen werden, sie wurden ebenfalls in Diapositiven vorgeführt und sollen in einer späteren Veröffentlichung eingehend gewürdigt werden. Besonders aufmerksam gemacht wurde auf eine in der Kapsel des Tumors und an ihm angrenzend gefundene Zellart, die etwa vom fünften Tage an in ungeheueren Mengen auftritt, dann an Zahl etwas nachläßt, bei den viele Monate alten Tieren immer spärlicher wird, aber nie ganz verschwindet und selbst bei dem zwei Jahre nach der Operation getöteten Tiere noch gefunden wird: typische Marschalkosche Plasmazellen. Es wurden nach dem Unna-Pappenheimschen Verfahren gefärbte Präparate und nach der gleichen Methode hergestellte Vergleichsbilder von paralytischen Hirnrindengefäßen an Lumierediapositiven demonstriert und dabei gezeigt, daß es keinem Zweifel unterliegen kann, daß es sich bei den gefundenen Gewebselementen tatsächlich um typische Plasmazellen handelt. Der Vortragende glaubte auf Grund seiner Präparate darauf hinweisen zu sollen, daß seine Bilder vorzüglich zum Studium der Frage nach der Herkunft dieser Gebilde geeignet seien. Er ist der Ansicht, daß sie nicht — wie meist angenommen — hämatogenen, sondern histogenen Ursprungs sind, daß sie von Bindegewebszellen abstammen durch Umwandlung von Adventitialzellen der Gefäße oder ähnlichen Zellen, die im Gewebe liegen. Da ihre Zahl da am größten ist, wo die intensivste Einwirkung des Tumors statt hat und immer kleiner wird, je weniger mehr von einem Druck auf die Umgebung geredet werden kann, so scheint ihnen die Funktion zuzukommen, die Zelltrümmer im Gewebe zu zerstören. Auffallend ist auch die Erscheinung, daß, je mehr die Plasmazellen an Zahl (bei den älteren Fällen) zurücktreten, ein immer häufigeres Auftreten von Mastzellen zu beobachten ist. Typische „Körnchenzellen“ traten relativ selten auf, vermutlich, weil wenig Gewebe „zerstört“, sondern vielmehr durch Druck zugrunde gegangen war.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßte der Vortragende dahin zusammen:

1. Es ist möglich, künstliche Tumoren mit langsamem Wachstum im Tiergehirn zu erzeugen.
2. Die Tiere zeigen trotz dieses raumbeengenden Tumors mit Ausnahme der ersten Zeit nach der Operation keinerlei Ausfallserscheinungen.
3. Die histopathologischen Veränderungen, die dieser (im Gegensatz zu echten Geschwülsten) nicht infiltrierend wirkende und keine toxischen Eigenschaften entwickelnde Tumor setzt, sind gekennzeichnet durch eine, zunächst stürmisch einsetzende, aber wieder nachlassende und nicht zur Gliombildung führende Gliawucherung, durch Markscheidenausfälle, Ganglienzellenveränderungen und durch das Auftreten typischer Marschalkoscher Plasmazellen.

Autoreferat.

Diskussion.

Herr Engelken-Uchtspringe-Gardelegen macht zur technischen Herstellung der Bilder darauf aufmerksam, daß Mikrophotogramme auf Autochromplatten nur notwendig sind, wenn es sich um Darstellung mikrochemischer Reaktionen handelt, während andere histologische Präparate besser in Schwarz-Weiß photographiert werden. Die vorgeführten Vergleichsaufnahmen wurden je auf einer Platte durch Verschiebung hinter entsprechenden Blendplatten hergestellt. Zur Aufnahme dienten Zeißsche Apochromate und Planate. Die Lichtfilter wurden entsprechend der spektroskopischen Untersuchung der für die Präparate benutzten Farbstoffe ausgewählt und von der Firma Voigtländer hergestellt. Als Lichtquelle diente die Zeißsche Nernstlampe, die aber für die Autochromaufnahmen sehr lange Expositionen nötig macht und daher besser durch eine Schwachstrombogenlampe ersetzt wird.

12. Herr B. Pfeifer-Halle-Nietleben: Über experimentelle Untersuchungen am Zwischenhirn und Mittelhirn.

Vortragender berichtet über Reizungen und Läsionen am Zwischenhirn und Mittelhirn von zehn Rhesusaffen und 35 Katzen, die in Horsleys Laboratorium für experimentelle Neurologie in London teils von Horsley, teils von ihm selbst ausgeführt wurden. Dabei wurde das von Horsley und Clarke ausgearbeitete Verfahren der Einführung einer unipolaren, durch Glashülsen isolierten Elektrode mittels des stereotaxischen Instrumentes Clarkes nach vorheriger genauer Berechnung der Reiz- bezw. Läsionsstelle an Gefrierschnittsphotogrammen angewandt. An den Stellen, an welchen bei faradischer Reizung ein bemerkenswerter Reizeffekt erzielt wurde, wurde mittels galvanischen Stroms von meist 8 bis 10 M.-A. Stärke und 10 Minuten Dauer eine elektrolytische Läsion gesetzt. Die Methode wird eingehend beschrieben und an Lichtbildern erläutert. Sodann wird eine Anzahl der am Zwischenhirn und Mittelhirn gesetzten Läsionen demonstriert und besonders auf deren gut umschriebene Form und das fast gänzliche Fehlen von Nebenverletzungen hingewiesen.

Bezüglich der beobachteten Reiz- und Ausfallsymptome, sowie der sekundären Degenerationen, die an lückenlosen Frontalserien nach Marchibehandlung festgestellt wurden, wird auf spätere Publikation verwiesen. Nur die an den Pupillen beobachteten Reizerscheinungen werden noch genauer besprochen. Bei 19 Tieren mit reinen Thalamusläsionen hatte die Reizung achtmal Pupillenerweiterung ergeben, und zwar siebenmal als isoliertes Symptom, einmal mit Lidspaltenerweiterung verbunden. Die an der Reizstelle gesetzte Läsion saß jedesmal im medialen Thalamuskern. Einige Male ging sie etwas auf den medialen Rand des ventralen Kerns über. Ebenso bei zwei weiteren Fällen, bei welchen der Reizeffekt in Lidspaltenerweiterung ohne deutliche Pupillenerweiterung bestand. Auf ähnliche Resultate von Bechterews wird hingewiesen. In vier weiteren Fällen wurde Pupillenverengerung festgestellt. Als

Reizstelle kommt hier besonders der kaudaldorsale Anteil des medialen Thalamuskerns in Betracht.

Autoreferat.

13. Herr Weber-Chemnitz: Commotio cerebri mit anatomischen Befunden.

46jähriger Arzt stürzt vom Motorrad und gerät mit dem Kopf unter einen Tafelwagen. Er übt am Tage des Sturzes noch Praxis aus, hat aber dabei Erbrechen. Am folgenden Tag ängstliche Erregung; weite starre Pupillen, Vorstehen des rechten Augapfels, Schwindel und Kopfschmerzen. In den folgenden Tagen bis zur zweiten Krankheitswoche zeitweilige Pulsverlangsamung, Unsicherheit beim Stehen, Polyurie, ängstliche Erregung und Verwirrtheit abwechselnd mit psychischer Klarheit bei dauernder Verstimmung und Schlaflosigkeit; am 14. Tage nach dem Unfall sehr langsamer Puls, schlechte Herztätigkeit, Atemnot; mehrere Morphiuminjektionen. Eine Viertelstunde nach dem letzten ärztlichen Besuch plötzlicher Tod.

Die Sektion ergab an den übrigen Organen nichts Besonderes. Dura mit dem Schädeldach verwachsen; an der linken Seite der Schädelbasis ein Knochenriß ohne Dislokation bei intakter Dura. Innenflächen der Dura unverändert. Das Gehirn ödematös ohne mikroskopisch erkennbare Veränderungen.

Die mikroskopische Nachuntersuchung ergab: 1. Akute Veränderungen: Pralle Füllung vieler kleinster Gefäße und Kapillaren, erweiterte Lymphräume, manchmal mit amorphen Massen gefüllt, miliare perivaskuläre Blutungen frischer und älterer Art, perivaskuläres Ödem, Auflockerung des perivaskulären Hirngewebes, État criblé. An wenigen Stellen, besonders in der Medulla oblongata, auch Lymphozyten- und Leukozyten-Infiltrate der Lymphscheiden und des perivaskulären Gewebes. Einzelne Gefäßchen sind total komprimiert und von dem ausgepreßten Blutinhalt umgeben. 2. Chronische Veränderungen: An den feineren Gefäßen der Rinde bindegewebige Verdickungen, hyaline Entartung, Sklerose; an einzelnen Gefäßen Aufblätterung der verdickten Wände, deren Maschen mit Blut ausgefüllt sind.

Der Fall zeigt folgendes: Es handelt sich, wie der klinische Verlauf und der negative makroskopische Befund zeigt, um echte Commotio ohne gröbere Zerstörung oder Quetschung der Hirnsubstanz. Die akuten Veränderungen: perivaskuläre Blutungen und Ödeme sind nicht die direkte und sofortige Folge der mechanischen Gewalteinwirkung. Vorausgegangen ist vermutlich eine Erweiterung der Rindengefäße, hervorgerufen durch reflektorische Lähmung des Vasomotorenzentrums (Dreyfus). Die Gefäße sind aber infolge ihrer fibrösen, sklerotischen und hyalinen Degeneration und der dadurch verminderten Elastizität ihrer Wandungen den starken und plötzlichen Zirkulationsschwankungen nicht mehr gewachsen gewesen; so kam es zu Ödem und Blutungen ohne direkte Gefäßzerreißung. Auch die verschiedenen Entwicklungsstadien der Blutungen (ältere und frische) zeigen, daß sie nicht auf einmal unmittelbar nach der Gewalteinwirkung entstanden sind, sondern allmählich im Laufe der 14tägigen Krankheitsdauer je nach der Beschaffenheit der Gefäßwände. Die klinischen Erscheinungen, namentlich Erbrechen, Pulsverlangsamung, Protrusio bulbi, ängstliche Verwirrtheit, werden durch das sekundäre Hirnödem erklärt.

Viele Fälle, auch schwerer Commotio, verlaufen nicht tödlich, weil die Betroffenen noch intakte, den Zirkulationsschwankungen gewachsene Hirngefäße besitzen. In den Fällen, die längere Zeit, Jahre nach der Commotio zur Sektion und mikroskopischen Untersuchung kamen (Kronthal, Friedmann u. a.), ist es fraglich, ob die gefundenen Degenerationen Gefäßprozesse und die mit ihnen in Zusammenhang gebrachte „traumatische Demenz“ immer die ausschließliche Folge der mechanischen Gewalteinwirkung sind. Vielleicht haben Gefäßveränderungen schon vorher, wenn auch in geringerem, klinisch nicht bemerkbarem Grade bestanden und sind nur die Ursache dafür, daß das Gehirn einer völligen Reparation nicht mehr fähig war. Die Prozesse können durch die akute Dehnung der Gefäße verstärkt und in ihrer weiteren Entwicklung beschleunigt werden. Es würden also diejenigen Fälle von Commotio hauptsächlich tödlich verlaufen oder zu einer dauernden schweren Schädigung führen, bei denen die Hirngefäße schon vorher, wenn auch noch nicht klinisch nachweisbar, verändert waren; in solchen Fällen genügt auch schon eine mittelschwere Erschütterung zur Herbeiführung eines ungünstigen Ausganges, während intakte Gehirne auch ein schwereres Trauma überstehen können.

Auch dieser Fall zeigt wieder, daß vielfach letal verlaufende Hirnerkrankungen nur erklärt werden können durch Einwirkung einer akuten (hier mechanischen) Schädigung auf einen schon länger, wenn auch latent bestehenden chronischen Prozeß.

Autoreferat.

Diskussion.

Herr Binswanger: Die Bilder erinnern sehr an die früher von mir geschilderten Anfangsstadien der Arteriosclerosis cerebri, die ich als Arteriofibrosis bezeichnet habe. Liegen hier klinische Gründe zur Annahme eines solchen Prozesses vor?

Herr Weber hält eine solche Annahme für berechtigt.

14. Herr Forster-Berlin demonstriert das Gehirn eines Patienten, der apraktische Symptome im Leben dargeboten hatte.

Pat. war am 1. Aug. 1912 in die Klinik aufgenommen worden, weil er nach Angabe der Wirtin in der Nacht vom 30. zum 31. Juli Zuckungen gehabt und laut gestöhnt hatte. Am 31. habe er verkehrt gesprochen und sei im Bett geblieben.

Am 1. August morgens habe er in Gegenwart des Arztes Krämpfe bekommen; es seien Zuckungen am ganzen Körper aufgetreten, rechts mehr als links. Pat. selbst gab an, er sei aufgenommen worden, weil er in der Nacht Krämpfe gehabt habe, bei denen er das Bewußtsein nicht verloren habe. Früher sei er stets ganz gesund gewesen.

Die körperliche Untersuchung ergab eine ganz geringe rechtsseitige Pyramidenhemiparese mit ganz

geringem Zurückbleiben des rechten Fazialis. Die aphasische Untersuchung ergab, daß Pat. beim Spontansprechen in den Ausdrücken öfters fehlgriff, das Reihensprechen war intakt, das Nachsprechen ebenfalls, nur manchmal etwas stockend. Beim Bezeichnen von Gegenständen erfolgten die Antworten langsam und nach langem Besinnen. Seltenere Gegenstände kann er manchmal nicht bezeichnen, so findet er das Wort für Würfel und Revolver nicht. Die Bezeichnung von Körperteilen ist richtig. Auf die Aufforderung, wie ein Soldat zu grüßen, legt er nach langem Besinnen einen Finger an den Kopf. „Eine lange Nase machen" kann er nicht; als es vorgemacht wird, macht er es erst richtig, mit der anderen Hand aber gleich wieder falsch. Auch bei anderen Handlungen aus dem Gedächtnis, sowohl rechts wie links, Entgleisungen und apraktische Fehlreaktionen. Das Spontanschreiben und Schreiben auf Diktat war äußerst schlecht und ungeschickt, Kopieren ging ganz gut. Die Feder wurde dabei geschickt angefaßt. Aufschließen mit dem Schlüssel wurde richtig gemacht. Beim Lesen bestand geringe Aufmerksamkeit. Es wurde öfters falsch gelesen, so für Dampfschiff — Dampfspritze.

Am 3. Aug. bekam Pat. morgens einen typischen Jacksonschen epileptischen Anfall, der dann auf Beine und rechten Fazialis übergriff. Dauer acht Minuten. Es fanden dann an diesem Tage noch 13 derartige Anfälle statt, nach jedem Anfall blieb eine Lähmung des Armes zurück. Pat. wurde infolge der Anfälle mehr und mehr benommen. Eine Prüfung war nicht mehr möglich. Der Augenhintergrund blieb dauernd normal. Die Untersuchung des Blutes ergab negative Wassermannsche Reaktion.

In den nächsten Tagen 15, 12 und 14 Anfälle. Pat. wurde dann zwecks Operation nach der chirurgischen Klinik verlegt, wo am 6. August über dem Stirnhirn vor dem Armzentrum ein gut nußgroßes Gliom entfernt wurde. Am nächsten Tage Exitus.

Die Sektion ergab einen Tumor, von dem die Randpartien an den Präparaten noch sichtbar sind (Demonstration), am Fuße der zweiten Stirnwindung direkt vor der vorderen Zentralwindung gelegen. Der Tumor greift nur wenig in die erste und dritte Stirnwindung über.

Vortragender ist sich wohl bewußt, daß die Symptome der Apraxie auch als Fernwirkung gedeutet werden können. Er hält diese Stelle jedoch nicht für bedeutungslos für die Lokalisation der leichten apraktischen Störungen, wie sie bei Ausführen der Bewegungen aus dem Gedächtnis zur Beobachtung kommen. Bemerkenswert ist, daß beide Hände beteiligt waren. Der Gyrus supramarginalis ist sicher frei. Gegen die Ansicht, daß die Störung doch von der vorderen Zentralwindung ausgehe, kann immerhin angeführt werden, daß die Symptome der Apraxie schon deutlich zutage traten, bevor eine wesentliche Lähmung vorhanden war, und daß die doch auch ganz in der Nähe des Tumor gelegene Brocasche Windung keine Funktionsstörung zeigte. Es sind zwar vor der Untersuchung schon Jacksonsche Anfälle beobachtet worden. Da jedoch die Apraxie nicht zu den regelmäßigen Begleiterscheinungen der Jacksonschen Anfälle des Armes gehört, ist die Deutung, daß die apraktischen Störungen als Herdsymptome des Tumor in der zweiten Stirnwindung aufzufassen sind, durchaus möglich. Autoreferat.

Diskussion.

Herr Liepmann-Berlin: Ich habe seinerzeit selbst auf Grund der Häufigkeit dyspraktischer Störungen bei motorisch Aphasischen in Erwägung gezogen, ob im Stirnhirn ein sogen. „Extremitätenbroca" gelegen sei, hielt es aber für wahrscheinlicher, daß die Störungen auf Schädigung des Zentrums der oberen Extremität resp. der Kommissurenfaserung, welche von diesem zur rechten Hemisphäre zieht, beruhen. Forsters Fall scheint mir zwischen den beiden Möglichkeiten keine Differenzierung zuzulassen. Denn auch abgesehen von der Fernwirkung, die ein Tumor macht, liegt der Herd hier unmittelbar dem Gyr. centr. ant. an, geht sogar, wie erst Serienschnitte entscheiden können, vielleicht in ihn hinein. Daß dem unmittelbar vor der vorderen Zentralwindung gelegenen Gebiet eine Rolle bei der Praxie zufällt, ist übrigens durchaus möglich, aber sicher eine geringere als dem Scheitellappen. Von einem Praxie-Zentrum darf man überhaupt nicht reden, der Scheitellappen ist nur quoad Praxie das vulnerabelste Gebiet.

Herr v. Nießl-Mayendorf: Apraxie kann nicht dort diagnostiziert werden, wo sich Zeichen von sensorischer Aphasie bemerkbar machen und Paresen an dem vermutlich apraktischen Gliede gefunden werden. Der Kranke muß alle Aufforderungen wohl verstehen und die Absicht, die Handlung auszuführen, unzweideutig zu erkennen geben. Es muß der Nachweis erbracht werden, daß er den bei alltäglichen Handlungen dem Bewußtsein zugeführten Komplex von Innervationsempfindungen vergessen hat. Das ist hier nicht geschehen. Selbst wenn das aber gelungen wäre, es würden trotzdem keine Schlüsse betreffs der Lokalisation der unerregbaren Innervationsbilder gezogen werden dürfen. Zugegeben endlich die Verwertbarkeit des Falles nach dieser Richtung, unbrauchbar wird er für eine hier versuchte nähere Lokalisation durch den Umstand, daß es sich im vorliegenden Fall um einen Tumor handelt.

Herrn Liepmann schließt sich Vortragender vollständig an. Er macht nochmals darauf aufmerksam, daß die Doppelseitigkeit der Apaxie bemerkenswert ist, und daß das Fehlen von Symptomen der Brocaschen Windung beweist, daß die Fernwirkung noch keine sehr große gewesen sein kann, und daß man sehr wohl die zweite Stirnwindung in Beziehung zur Apraxie bringen kann. Ob der Tumor nicht doch noch auf die Zentralwindung übergegriffen hat, müssen allerdings Serienschnitte erst zeigen.

Herrn v. Nießl-Mayendorf versichert Vortragender, daß die Prüfung auf Apraxie richtig ausgeführt wurde. Die Einwände v. Nießls hat er sich selbstverständlich auch vorgelegt und danach

gehandelt. Er hielt es jedoch für überflüssig, der Korona, die doch weiß, wie man auf Apraxie prüft, bei der beschränkten Zeit diese Einzelheiten noch vorzutragen. (Fortsetzung folgt.)

— **Moritzburg.** (Neue Pflegeanstalt für Männer.) In Moritzburg bei Dresden wurde im Anschluß an das Brüderhaus eine Pflegeanstalt eröffnet, in der Männer, die in ihren alten Tagen vereinsamt sind, oder die wegen eines körperlichen oder geistigen Gebrechens der Pflege bedürfen, Aufnahme finden können. Neben zwei Männerstationen ist auch eine Anzahl komfortabel ausgestatteter Einzelzimmer für Pensionäre eingerichtet worden. Das Heim macht einen freundlichen und behaglichen Eindruck.

— **Neue Irrenanstalt im Kanton Graubünden.** Ganz dringend und unabweisbar ist das Bedürfnis nach der endlichen Schaffung einer allgemeinen Versorgungsanstalt für Irre verschiedener Kategorien, sodann auch für Alte, Invalide, Epileptiker, Krüppel usw. Ganz dringend ist das Bedürfnis nach Entlastung der kantonalen Irrenanstalt Waldhaus, wo die Verhältnisse infolge Überfüllung mit Kranken, dazu solchen, die nicht dorthin gehören, unhaltbar geworden sind. Einen geradezu idealen Bauplatz für die Errichtung dieser Anstalt besitzt der Kanton schon. Es ist dies die mit ausgedehntem Kulturland und Forsten ausgestattete Domäne Realta im Domleschgertale. Der Kanton besitzt auch schon einen ansehnlichen Fonds zur Errichtung der Anstalt. Er beträgt 860000 Fr., reicht aber noch bei weitem nicht aus, um die Baukosten zu decken. Die ganze Bauausführung kostet 3 Mill. Franken. Vorläufig soll durch die erste Bauetappe Raum geschaffen werden für 250, später durch die zweite für weitere 250 Personen. An die Kosten der ersten Etappe hat der Kanton außer dem genannten Betrag des Fonds von 860000 Fr. noch weitere 1040000 vorzuschießen, deren Verzinsung durch den Betrieb zu decken ist. Dieser würde, nach Hinzurechnung der Jahresamortisation und der übrigen Betriebsausgaben zur erwähnten Verzinsung und nach Abrechnung der Einnahmen einen Ausfall von 135000 Fr. ergeben. Diese Summe will man decken durch Entnahme von 100000 Fr. jährlich aus dem Reingewinn der Kantonalbank und durch Erhöhung der Jagdpatente. Die Entnahme obiger 100000 Fr. aus dem Reingewinn der Kantonalbank bedeutet eine Revision des kantonalen Eisenbahngesetzes von 1897, wonach der ganze Jahresgewinn der Kantonalbank in den Eisenbahnfonds zur Amortisation der Eisenbahnschuld zu fallen hat. Und die Erhöhung der Jagdpatente bedeutet eine Revision des Jagdgesetzes. Das Ganze, das heißt der Beschluß der Errichtung mehrerwähnter Anstalt und die Revision der beiden Gesetze soll in eine Gesetzesvorlage zusammengefaßt und dem Volke vorgelegt werden.

Referate.

— Kratter, Dr. Julius, o. ö. Professor der gerichtlichen Medizin an der Universität Graz, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart, Ferd. Enke. 1912. 628 S. 17 Mark.

Das Werk ist der Niederschlag aus den systematischen Vorlesungen, welche Prof. Kratter seit einem Vierteljahrhundert über das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin für Mediziner und Juristen gehalten hat und die er noch hält. Dies ist an sich schon eine Empfehlung für das Buch; dazu kommt, daß der Verf. selbst nicht nur eine der ersten Autoritäten auf diesem Gebiete ist, sondern auch selber durch seine Forschungen die gerichtliche Medizin in vielen wichtigen Punkten außerordentlich gefördert hat. Die Einteilung ist sehr zweckmäßig und übersichtlich. Für eingehenderes Studium sind zahlreiche Literaturhinweise am Schlusse der einzelnen Kapitel angegeben. Bei den Gesetzesparagraphen ist die deutsche wie die österreichische Gesetzgebung berücksichtigt. Auch die gerichtliche Psychiatrie hat Behandlung gefunden. Das Werk verdient wärmste Empfehlung.

— Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopathische Jugendliche redigiert von Pastor Stritter und Oberarzt Dr. Meltzer. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912.

Obiges Werk stellt eine vorzügliche Ergänzung der von Bresler ins Leben gerufenen Bände „Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild“ dar. Es sind aus allen Teilen Deutschlands alle Kategorien von diesbezüglichen Anstalten vertreten, kleine und große, private und öffentliche, konfessionelle und paritätische etc., wodurch ein umfassendes Orientierungswerk geschaffen wurde. Zu einer zweckmäßigen Behandlung dieser Gruppe von Kranken gehört u. a. unbedingt auch die ärztliche Fürsorge, und wenn der Entstehung und Entwicklung entsprechend auch ein großer Teil der Leitung noch in Händen von oft sicherlich äußerst tüchtigen Laien liegt, so ist doch, wie es ja vielfach schon geschieht, dem psychiatrisch und hygienisch gut durchgebildeten Arzt allmählich immer mehr eine ausschlaggebende Stellung einzuräumen, denn nur dann kann die Behandlung in allen Teilen eine für den Kranken zweckmäßige sein.

In anschaulicher Weise zeigen uns die Berichte der einzelnen Anstalten, mit welchem Ernst und welcher Sorgfalt ihnen die Fürsorge und die Förderung ihrer Schützlinge am Herzen liegt, speziell auch hinsichtlich der Arbeitstherapie. Zahlreiche Abbildungen zeigen uns die mannigfachsten Beschäftigungsarten und lassen uns erkennen, daß keineswegs alle Kräfte brach liegen und sozial unbrauchbar sind. Das gesamte Werk läßt uns unschwer die im Laufe der Jahre gemachten Fortschritte sehen, und die einzelnen Anstaltsberichte sind von einer frohen Zuversicht durchdrungen und geben uns einen lehrreichen, interessanten Überblick über den jetzigen Stand der Anstalts-Erziehung, Pflege und Unterricht Geistesschwacher.

Die Ausstattung auch dieses Werkes ist von dem Marholdschen Verlag in der gewohnten Güte ausgeführt. Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.** Dr. med. Walter Hans Itten ist am 20. Dezember 1912 als Assistenzarzt in den Dienst der hiesigen Anstalt getreten.

— **Basel.** Dr. L. Wille, emer. o. Professor der Psychiatrie, ist im Alter von 78 Jahren hier gestorben.

— **Merxhausen.** Dr. Anhalt, vorher in Weinsberg, an der hiesigen Anstalt angestellt.

— **Heppenheim a. d. B.** Dem Med.-Rat Dr. Bieberbach wurde der Charakter als Geheimer Med.-Rat verliehen.

— **Tannenfeld.** Dr. Papendieck als Arzt eingetreten.

— **Leschnitz O.-S.** Dr. v. Rottkay, bisher in Leubus, als Anstaltsarzt bei der Erziehungsanstalt eingetreten.

— **Kropp.** Dr. Knapp, bisher in Bielefeld, an Stelle von Dr. Passow als leitender Arzt eingetreten.

— **Heilanstalt Kennenburg** bei Eßlingen a. N. Dr. Otto Kern, seither zweiter Arzt an der Heilanstalt, trat am 1. Januar aus, und an seine Stelle trat Dr. Paul Bunse aus Minden. Dr. Bernhard Klett aus Stuttgart trat als Assistenzarzt ein.

Therapeutisches.

Auf den hohen therapeutischen Wert des **Lezithins** hatten zwar bereits J. Nerking (Allgem. med. Zentralzeitung 1911, Nr. 46, 631), A. Bickel (Med. Klinik 1911, Nr. 12, 441), W. R. Schottin (Med. Klinik 1911, Nr. 9, 339) und andere aufmerksam gemacht, doch haben die meisten Ärzte anscheinend noch nicht die hervorragende Bedeutung des Lezithins für den Organismus erkannt, die von R. Weißmann-Lindenfels (Prager med. Wochenschrift 1912, Nr. 41, 585) mit der des tagtäglich verwendeten Eisens auf eine Stufe gestellt wird.

Aber nur durch chemisch reines, cholesterin-, fett- und säurefreies Lezithin, wie es in den Lezitholpräparaten vorliegt, lassen sich die bemerkenswerten, physiologischen Wirkungen erzielen.

Auf Grund einer Beschreibung von 14 verschiedenen Krankengeschichten, die ein anschauliches Bild von der Mannigfaltigkeit der Indikationen des Lezithols geben, bezeichnet der Verfasser das Lezithol als ein vorzügliches Stimulans, welches sich bereits bei solchen Erkrankungen bewährt hat, welche mit einem Kräfteverfall einhergehen; es ist deshalb zur Unterstützung spezifischer Heilverfahren bei chronischen Krankheiten, z. B. der Tuberkulose, besonders geeignet.

Sehr wesentlich war der Einfluß der Lezitholpräparate auf das Nervensystem, der sich vornehmlich in der schlaferzeugenden Wirkung zeigte. Von den verschiedenen Handelsformen kam den Lecitholgranules insofern eine größere Bedeutung zu, als diese infolge ihres hohen Lezithingehaltes (10 Proz.) eine besonders schnelle und nachhaltige Wirkung entfalteten.

Sind bei der chronischen Stauungsinsuffizienz des Magens die gebräuchlichen häufigen Spülungen und Ausheberungen entbehrlich? Von Dr. Matthias Gockel, Spezialarzt für Magen- etc. Krankheiten in Aachen. (Medizinische Klinik, 1912, Nr. 30.)

Nach den mehrjährigen Erfahrungen des Verf. können je nach Größe der motorischen Störung Spülungen in der Regel entbehrt und Expressionen teils unterlassen, teils auf ein Mindestmaß eingeschränkt werden, wenn neben den diätetischen und etwaigen symptomatischen Verordnungen eine energische antazid-antifermentative Behandlung durchgeführt wird. In dieser Hinsicht hat sich das Magnesiumperhydrol-Merck sehr gut bewährt. Es gibt bei Berührung mit dem säurehaltigen Mageninhalt Sauerstoff in statu nascendi ab, der fäulniswidrig, desodorierend und antifermentativ wirkt. Die chemische Umsetzung hat gleichzeitig eine starke Herabsetzung der meist hohen Azidität des Speisebreies zur Folge; außerdem tritt eine intensive Adsorption und Absorption von Gasen ein, die sich im stagnierenden Mageninhalt entwickeln. Hierauf, sowie auf die Anregung der Peristaltik und die Beeinflussung von Autointoxikationen führt G. die vorteilhafte Veränderung im Krankheitsbilde der von ihm mit Magnesiumperhydrol behandelten Patienten zurück. Bereits nach einigen Tagen war die sicht- und fühlbare Magensteifung teils gar nicht, teils nur in geringem Maße nachweisbar. Die Diurese wurde reichlicher. Das Gefühl von Durst und Völle, das sich bei einigen Patienten zeitweise bis zur Schmerzhaftigkeit steigerte, ließ bald an Stärke nach, oder verschwand. Das schmutzige Aufstoßen wurde nahezu oder vollständig geschmacklos. Das häufige und vielfach kopiöse Erbrechen hörte entweder ganz auf oder stellte sich nur vereinzelt ein. Das quälende Durstgefühl ließ nach, der Appetit besserte sich, und statt der stets vorhandenen starken Verstopfung erfolgten fast täglich ein bis mehrere schmerzlose Stühle. Bei keinem einzigen Patienten wurden Magenspülungen gemacht.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr 823

Nr. 41. 11. Januar 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die Regelung der Verhältnisse des Bediensteten- und Pflegepersonals der Kgl. böhmischen Landesanstalten für Geisteskranke.

Vortrag, gehalten bei der Hauptversammlung des österr. psychiatr. Verbandes in Prag, 11. Okt. 1912,

vom Kgl. böhm. Landessekretär J. U. Dr. *Josef Morávek*.

Hochverehrte Versammlung!

Dem hohen Landtage des Königreichs Böhmen ist bereits eine Vorlage unterbreitet worden, die in drei systematisch zusammenhängende Teile zerfällt; es handelt diese Vorlage:

1. über die materiellen und dienstlichen Verhältnisse des in den k. b. Landesanstalten angestellten Bedienstetenpersonals;

2. über die Verhältnisse des Pflegepersonals der k. b. Landesanstalten für Geisteskranke, während die Verhältnisse der in der Gebär- und Findelanstalt angestellten Pflegerinnen separat, wenngleich ähnlich, geregelt werden;

3. über die Regelung der Verhältnisse sowohl der Bediensteten, als auch des Pflegepersonals für den Fall eines Unfalles, während der Krankheit und auch über die Versorgungsgenüsse des genannten Personals.

Schon aus dieser kurzen Denomination wolle entnommen werden, daß der Landesausschuß des Königreichs Böhmen bestrebt war, eine durchgreifende Regelung der sozialen Stellung der Anstaltsbediensteten vorzunehmen und daß nebstdem unter einem auch mit einer für die Entwicklung der Anstalten für Geisteskranke notwendigen dienstlichen Organisation des angestellten Bediensteten- und Pflegepersonals begonnen wurde; es wäre daher allerdings nur kurz darzustellen, ob die Vorlage, welche vorbehaltlich der nachträglichen Genehmigung des hohen Landtages bereits vom 1. Juni 1912 provisorisch ins Leben trat, den gestellten Anforderungen zu entsprechen gewachsen ist und gewachsen sein kann.

Die Reorganisation der Verhältnisse der Bediensteten im engeren Sinne haben insb. die eigentümlichen, in den k. b. Landesanstalten früher herrschenden Verhältnisse wesentlich erschwert: die förmliche Dezentralisation der Anstalten (d. i. sechs Anstalten für Geisteskranke, zwei Anstalten für skrofulöse Kinder und einer Gebär- und Findelanstalt), die befugt waren, Bedienstete selbständig aufzunehmen und entsprechend zu honorieren, führte endlich dazu, daß in verschiedenen Anstalten bezüglich der Anzahl und Besoldung von Bediensteten durchaus verschiedene Verhältnisse zu verzeichnen waren; mit Rücksicht endlich darauf, daß in den letzten Jahren die Neusystemisierung der Bedienstetenstellen durch die finanziellen Umstände womöglich erschwert wurde, trotzdem aber die Aufnahme von Bediensteten durchaus nicht zu verwehren war, erwies sich als notwendig, die nötigen Arbeiten durch gegen Kündigung aufgenommene Taglöhner besorgen zu lassen; jedoch auch diese Taglöhner, die zu entlassen mit der Zeit unmöglich wurde, haben auch ihre Ansprüche auf dauernde Anstellung erhoben. Daß sich diese Verhältnisse schließlich auch für die Zentralbehörde als nicht haltbar erwiesen und daß auch die Bediensteten und ihre Organisationen selbst auf diese Zustände bei jeder Gelegenheit hinzuweisen suchten, braucht selbstverständlich nicht besonders begründet zu werden.

Um nun die materiellen Verhältnisse der verschiedensten Elemente, die bisher auch sehr verschieden besoldet wurden, einheitlich zu regeln und gehörig abstufen zu können, hat der Landesausschuß

des Königreichs Böhmen die Einteilung gewählt, die zwar prima facie die bereits in anderen Ländern (so z. B. in niederösterreichischen Anstalten, in Eglfing, Mannheim, Frankfurt a. M. etc.) eingeführte Organisation nachzuahmen scheint, durch welche jedoch die eigentümlichen hiesigen Verhältnisse auf eine originelle Weise ihre Lösung gefunden haben.

Es ist nämlich das gesamte Bedienstetenpersonal nach verschiedenen Handwerken bezw. Arbeitsarten in acht Dienstgruppen eingeteilt:

die I. Dienstgruppe bildet das Maschinenpersonal,
„ II. „ „ „ Ökonomiepersonal,
„ III. „ „ „ Gärtnerpersonal,
„ IV. „ „ „ Küchenpersonal,
„ V. „ bilden die Handwerker,

die VI. Gruppe die Diener, die VII. und VIII. Gruppe die Arbeiter, von denen diejenigen der VII. Gruppe ständig, diejenigen der VIII. Gruppe nur zeitweilig angestellt sind.

Während jedoch die eigentlichen Bediensteten in die ersten sechs Dienstgruppen eingeteilt sind, bilden die Bediensteten der letzten zwei Gruppen in der ganzen Organisation ein von den eigentlichen Bediensteten durchaus unterschiedliches Personal, welcher Unterschied auch in der Regelung seiner sozialen Stellung und in der Regelung seiner Dienstbezüge zum Ausdruck kommt.

In welcher Richtung, möge aus nachstehender Schilderung entnommen werden:

1. Nach dreijähriger tadelloser Dienstzeit kann den Bediensteten der ersten sechs Dienstgruppen die definitive Anstellung verliehen werden; die Bediensteten der VII. und VIII. Dienstgruppe können jedoch die definitive Anstellung nicht erlangen.

2. Die Dienstbezüge der Bediensteten der VII. und VIII. Dienstgruppe bilden:

Der Barlohn in der festgesetzten Höhe, die Naturalkost in dem Falle, wo es besonders vorgeschrieben ist, die Bekleidung in natura bezw. das Bekleidungspauschale, allerdings nur für einige Bedienstete, weiter die Personaldiensteszulagen, die Alterszulagen (Quinquennien) und die Naturalwohnung für diejenigen von ihnen, welche definitiv angestellt sind. Von allen diesen Dienstbezügen gebührt den Bediensteten der VII. und VIII. Gruppe nur der Barlohn, der übrigens auch nicht weiter abgestuft erscheint, für die Bediensteten der VII. Gruppe überdies die Personaldiensteszulagen, ausnahmsweise auch die gnadenweise Zuerkennung der Naturalwohnung, eventuell ein 20prozentiger Quartiergeldbeitrag für diejenigen von ihnen, die durch sechs Jahre tadellos und ununterbrochen den Dienst verrichtet haben (§ 31 der Vorschr.).

3. In den geschilderten ersten sechs Dienstgruppen wird die weitere Einteilung der Bediensteten nach Lohnklassen vorgenommen, so daß jede Dienstgruppe drei Arten hierarchisch zergliederter Bediensteten derselben Kategorie, so z. B. die erste Gruppe (das Maschinenpersonal) in der 3. Klasse die Heizer, in der 2. Klasse die Maschinisten und Monteure und die in die 1. Klasse eingereihten Maschinenmeister umfaßt. Bei den Bediensteten der VII. und VIII. Dienstgruppe ist diese Differenzierung nach Lohnklassen weiter nicht vorgenommen.

Der Unterschied zwischen den beiden Dikasterien von Bediensteten tritt also sehr bemerkbar vor und es bilden die letzten Kategorien gewissermaßen nur Anwärter auf die ständigen Stellen, auf welche sie jedoch nur durch die ordentliche Ernennung zu gelangen imstande sind.

Indes ist es jedoch nötig, die eigentliche Regelung der Dienstbezüge der Bediensteten einer kurzen Erwähnung zu unterziehen. Als minimaler Grundlohn wurde für die ersten sechs Dienstgruppen der Betrag von jährlich 1000 Kronen zugrunde genommen. In einzelnen Lohnklassen derselben Dienstgruppe steigt nun der Lohn regelmäßig je um 200 Kr., so daß das regelmäßige Schema der Barlöhne die Beträge von 1000, 1200 und 1400 Kr. aufweist. Abweichungen wurden in Anbetracht der geforderten höheren Vorbildung bezw. mit Rücksicht auf die Art der zu verrichtenden Arbeiten festgesetzt: für das Maschinenpersonal, wo der für die III. Lohnklasse (Heizer) festgesetzte Grundgehalt per 1200 Kr., für die II. und I. Klasse (Maschinisten und Monteure bezw. Maschinenmeister) je um 200 Kr. erhöht wird; für die Schaffer, bei welchen der Barlohn um 400 Kr. mehr beträgt als der Barlohn der letzten Klasse derselben Lohngruppe (Oberdrescher, Heger und Amtskutscher), für die Gärtner, bei welchen der für die Gärtnergehilfen normierte Grundlohn per 1200 Kr. für die zwei höheren Klassen je um 400 Kr. steigt, und für die Köchinnen, bei welchen die Entlohnung mit Einrechnung der Naturalkost nach der zweiten Verpflegsklasse im Werte von zirka 500 Kr. pro Jahr in den ersten zwei Lohnklassen regelmäßig erscheint, für die höchste Klasse jedoch ebenfalls um 400 Kr. höher bemessen wird.

Trotzdem ist die proportionelle Differenzierung der Löhne im großen ganzen pünktlich eingehalten und bildet, nachdem die Bediensteten in jeder Dienstgruppe in einen Konkretalstatus eingereiht sind, für sie selbst eine feste Grundlage der weiteren

Vorrückung, die sich zwar in verschiedenen Gruppen allerdings verschieden gestalten kann, voraussichtlich jedoch einen größeren Unterschied nie ausweisen wird.

Für die VII. Dienstgruppe (des ständigen Aushilfspersonals) ist an Barlohn zuerkannt: der Betrag von jährlich 720 Kr. für ledige Knechte, 840 Kr. für Kutscher, verheiratete Knechte, Nachtwächter usw. und 1000 Kr. für die Taglöhner, welche als Handwerker qualifiziert und die Handwerkerarbeiten in der Tat zu verrichten berufen sind.

Die Regelung des Lohnes für die VIII. Dienstgruppe, in welche hauptsächlich die gegen Kündigung aufgenommenen Bäckerarbeiter, Küchenmägde und Wäscherinnen eingereiht werden, wird vom Landesausschusse in jeder einzelnen Anstalt separat, und zwar mit Rücksicht auf die verschiedenen Lokalverhältnisse, Bedürfnisse der Anstalt, auf die Länge der in der Anstalt verbrachten Arbeitszeit u. ä. durchgeführt.

Da, wie gesagt, die Vorrückung des in die ersten sechs Gruppen eingeteilten Bedienstetenpersonals regelmäßig eine konkretale Vorrückung sein soll und demnächst von dem Umstande abhängt, daß eine Stelle der nächsthöheren Lohnklasse derselben Dienstgruppe frei geworden ist, mußten mit Rücksicht darauf, daß die spärliche Anzahl von Stellen in einigen Dienstgruppen der regelmäßigen weiteren Vorrückung des Bedienstetenpersonals unter Umständen wesentlich hinderlich sein könnte, gewisse Remeduren geschaffen werden, um das weitere Aufsteigen des Personals subsidiär zu unterstützen. Zu diesem Behufe wurde einesteils das System der Alterszulagen in die Vorlage hineingenommen, die den definitiv angestellten Bediensteten je nach fünf Jahren tadelloser und ununterbrochener Dienstzeit im Jahresbetrage von 100 Kr. zuerkannt werden, anderenteils das System der sogenannten in die Versorgungsgenüsse ebenfalls einrechenbaren Personaldiensteszulagen, welches System in dieser Fassung, soweit es bekannt ist, bei dem öffentlich angestellten Personal zum erstenmale zum Vorschein kommt.

Es kann nämlich für zehnjährige, in einer und derselben Lohnklasse der ersten sechs Dienstgruppen, sowie in der VII. Dienstgruppe ordentlich und ständig geleisteten Dienste vom Landesausschusse eine Personaldiensteszulage im Betrage von 100 Kr., für weitere zehn Jahre eine zweite solche Zulage bezw. auch der Titel der nächsthöheren Lohnklasse zuerkannt werden. In der Sache selbst handelt es sich eigentlich um einen Korrektiv, der die regelmäßige konkretale Vorrückung mit dem automatischen Zeitaufsteigen kombiniert und der wenigstens die größten Differenzen, falls solche bei normalen Verhältnissen entstehen sollten, zu beseitigen hat, ohne daß dabei das ganze System zerstört werde.

Aus dem Vergleiche der auf diese Weise geregelten materiellen Verhältnisse der Bediensteten der k. b. Landesanstalten mit denjenigen der übrigen Länder Österreichs, welche für die Lösung der gegenständlichen Frage am meisten stichhaltig sein könnten, ergeben sich im wesentlichen folgende Resultate:

Der Anfangsgrundlohn der n.-ö. Bediensteten beträgt 1340 bis zu 2860 Kr., die mährischen Angestellten beziehen an Lohn 1176 bis 1400 Kr.; der Anfangslohn der böhm. Angestellten beläuft sich auf 1000 bis 2000 Kr. Der möglichst erreichbare Lohn der n.-ö. Angestellten beträgt 2060 bis 3580 Kr., bei den mährischen Angestellten 1476 bis 1900 Kr. — wohingegen der Lohn der böhm. Angestellten den Betrag von 1800 bis 3400 Kr. erreichen kann.

Daß den definitiv angestellten Bediensteten eine Naturalwohnung oder statt derselben ein 20 prozent. Quartiergeldbeitrag zuzuerkennen ist, wurde bereits erwähnt.

Die Naturalkost wird nur ausnahmsweise gewährt und wird — falls sie gewährt wird — der Wert derselben in die Dienstbezüge der betreffenden Bediensteten miteingerechnet; so geschieht dies bei dem Küchenpersonal, bei den Ausschänkern und Fleischern, weiter auch bei den Küchenmägden und Bäckerarbeitern, welche in die VIII. Gruppe eingereiht werden.

Auch die Kleidung in natura wird den Anstaltsbediensteten in der Regel nicht gewährt: ausnahmsweise erhalten dieselbe nur die Anstaltsdiener, Amtskutscher und das Ökonomiepersonal.

Die Bedeutung der neuen Vorschriften dürfte folgendermaßen zusammengefaßt werden:

I. Für die Bediensteten bedeutet die Vorlage:

a) die Hebung ihrer materiellen Lage, die bereits geschildert wurde und die wohl als den jetzigen Teuerungsverhältnissen entsprechend bezeichnet werden kann;

b) die Hebung ihrer sozialen Lage, nämlich durch die systematische Ordnung der ihnen vorbehaltenen Stellen, durch die planmäßige Vorrückung, durch die in der Vorlage enthaltene Dienstpragmatik, weiter durch die Regelung des Urlaubes, des Disziplinarverfahrens, Suspension und Folgen derselben, worüber ebenfalls in den neuen Vorschriften genaue Normen enthalten sind.

II. Für den Landesausschuß bildet die Neuregelung der Bedienstetenfrage in den Anstalten eine feste Basis für die weitere Entwicklung, weiter die Möglichkeit, alle diese Verhältnisse vollkommener zu beherrschen und mit denselben zweckmäßig zu disponieren. Mit Rücksicht endlich auf die dem Landesausschusse eingeräumte Kompetenz, die Mehrzahl von Bedienstetenstellen nicht nur zu systemisieren, sondern auch zu besetzen, ist auch die Orientierung und ebenfalls auch die Disziplin eher durchführbar, zumal bei der Zentralstelle eine besondere Hilfskanzlei für die Führung der betreffenden Agenda organisiert wurde.

Noch ein Moment dürfte nicht mit Stillschweigen übergangen werden, das übrigens schon mit der Regelung der Verhältnisse des Pflegepersonals enge zusammenhängt. Es handelt sich nämlich um den vorgeschriebenen Modus bei der Aufnahme der Bediensteten in die Anstaltsdienste. Dem Wunsche des Pflegepersonals entsprechend hat nämlich die neue Vorlage den Grundsatz aufgestellt, daß sämtliche Stellen:

1. in derselben Dienstgruppe zunächst den Bediensteten derselben Gruppe vorbehalten bleiben und

2. daß die Stellen der letzten Lohnklasse sämtlicher Dienstgruppen dem bereits angestellten Personale, somit auch dem Pflegepersonale zugänglich sind und daß folglich die erledigten Stellen zunächst im Wege eines internen, den bereits angestellten Personen vorbehaltenen Konkurses zur Ausschreibung gelangen sollen.

Die unmittelbare Folge dieser Institution dürfte darin liegen, daß die Bedienstetenstellen zunächst durch das bewährte Pflegepersonal zur Besetzung gelangen, das somit aus dem Pflegedienste in eine andere Bedienstetenbeschäftigung, zum Beispiel als Professionisten, Diener etc. übertreten kann, und daß es, einmal in eine Lohngruppe angestellt, der weiteren bereits geschilderten Vorrückung teilhaftig wird; es kann behauptet werden, daß auf diese Weise einer radikalen Lösung der Pflegerfrage sehr nahe getreten wurde und daß sich die diesbezüglichen Erfolge kaum als ungünstig erweisen werden.

Hierdurch wurde bereits der zweite Teil der Vorlage berührt, welcher sich mit Regelung der Verhältnisse des Pflegepersonals befaßt, worüber nun kurz zu berichten wäre. Während für die Regelung des ersten Teiles überhaupt kein Vorbild vorhanden war, schließen sich die Vorschriften über die Regelung der Verhältnisse des Pflegepersonals sehr eng an die bereits im Jahre 1907 vorgenommene Organisation an. Behufs Information wird mitgeteilt, daß die definitive Anstellung des gewöhnlichen Pflegepersonals beibehalten wird, daß das Definitivum, wie früher, erst nach dem vollendeten sechsten Dienstjahre erteilt werden kann, und daß — wie bereits gesagt — die erledigten Oberpflegerposten regelmäßig den bereits angestellten Pflegepersonen (wenn auch für einige Zeit nur provisorisch) übertragen werden, weiter daß das Oberpflegerpersonal je nach dem Geschlechte zwei einheitliche Konkretalstatuse bildet und in denselben wiederum in zwei Lohnklassen eingereiht ist.

Auch die Bedingungen für die Aufnahme des Pflegepersonals bleiben im Verhältnis zu den früheren Vorschriften fast unberührt. Es wird gefordert: die österreichische Staatsbürgerschaft und regelmäßig auch die Heimatszuständigkeit in eine Gemeinde des Königreichs Böhmen, vollkommene körperliche und geistige Gesundheit, vollständiges Wohlverhalten, das Alter von nicht mehr als 35 Jahren, vollständige Kenntnis des Lesens, Schreibens und Rechnens; bei dem Oberpflegepersonal auch noch die Kenntnis beider Landessprachen, bei Männern überdies der Nachweis, daß sie nicht mehr militärpflichtig sind.

Bei der Neuregelung dieser Verhältnisse mußte natürlicherweise zunächst den materiellen Bedürfnissen des Personals Rechnung getragen werden. In dieser Beziehung wäre zu verzeichnen:

Der Grundgehalt des Oberpflegepersonals wurde von 800 bezw. 900 Kr. auf 1000 Kr. für die II. Lohnklasse und auf 1200 Kr. für die I. Lohnklasse erhöht, wobei der Unterschied zwischen Weibern und Männern aus manchen Gründen, insbesondere mit Rücksicht auf die Bewertung des gleich anstrengenden Dienstes vollkommen in Wegfall kam.

Die übrigen materiellen Verhältnisse des Oberpflegepersonals stimmen mit denjenigen des Bedienstetenpersonals vollkommen überein; auch ihm werden 5 Quinquennien, zwei Personaldiensteszulagen und dem definitiven Personal die Naturalwohnung gewährt — der einzige Unterschied besteht darin, daß das Quartiergeld nicht prozentuell, sondern mit fixen Beträgen per 280 Kr. für die I. und 240 Kr. für die II. Klasse bemessen wird.

Der Mindestlohn einer Oberpflegerperson beträgt demnach 1000 Kr., die möglichst erreichbare in die Versorgungsgenüsse einrechenbare Entlohnung 2880 Kr. pro Jahr.

Bei der Regelung der materiellen Verhältnisse des gewöhnlichen Pflegepersonals hat der Landesausschuß die Anschauung verfochten, daß der Anfangslohn der neu aufgenommenen und einer gründlichen Sich-

tung bedürftigen Pflegepersonen nicht zu hoch zu bemessen ist, damit die sowieso große Fluktuation derselben nicht etwa noch auf künstlichem Wege gefördert werde. Deswegen wurde unter gleichzeitiger Beseitigung des Unterschiedes zwischen Weibern und Männern der Anfangslohn nur mit 24 für das erste und mit 26 Kr. für das zweite Jahr festgestellt. Die Differenzierung für die nächstfolgenden Klassen beträgt für die III. und IV. Klasse 4 Kr., von der V. Klasse angefangen 6 Kr. pro Jahr. Die Vorrückung in die III. Klasse ist von der erfolgreichen Ablegung der Pflegerprüfung, die Vorrückung in die V. Klasse (nach sechs Jahren) von Erteilung des Definitivums abhängig. Die resultierende Lohnskala weist die Dienstbezüge des Pflegepersonals in folgender Ausdehnung auf: für die Anfänger 588 Kr., für die letzte Klasse (XII) nach dem 28. Dienstjahre 82 Kr. pro Monat oder 1284 Kr. pro Jahr, den Wert der Naturalkost miteingerechnet (jedoch ohne Dienstkleidung und anderweitige, wie immer geartete Emolumente).

In Niederösterreich beträgt der Anfangslohn 40 bis 48 Kr., der Höchstlohn 85 bis 93 Kr.

In Mähren beträgt der Anfangslohn 28 bis 33 Kr., der Höchstlohn 60 bis 65 Kr.; hier wurde jedoch noch der Unterschied zwischen Weibern und Männern beibehalten.

Wie überall, werden auch in den böhmischen Anstalten die Dienstbezüge des Pflegepersonals durch gewisse Emolumente ergänzt; diese Emolumente bilden zunächst:

Die Naturalkost, welche dem Wartepersonal für den ganzen Tag in derselben Weise wie für die Anstaltspfleglinge gereicht wird, und zwar für das Oberpflegepersonals die Naturalkost nach der II., für das Pflegepersonal die Naturalkost nach der III. Verpflegsklasse; außerdem wird dem sämtlichen Pflegepersonale alltäglich nachmittags noch je $^1/_8$ Liter Weißkaffee mit entsprechenden Semmeln gewährt. Die Reluierung der Kost ist gegenüber den in den n.-ö. Landesanstalten herrschenden Verhältnissen (den Fall des Urlaubs ausgenommen) grundsätzlich nicht gestattet.

Nebst der Dienstkleidung, welche zu beschreiben unnötig erscheint, wurden auch dem gewöhnlichen Pflegepersonal zum erstenmale Quartierbeiträge mit fixen Beträgen bewilligt. Diese Beiträge richten sich nach der Anzahl der Kinder und belaufen sich bei fünf und mehreren Kindern auf 160 Kr., bei zwei bis vier Kindern auf 140 Kr., in übrigen Fällen auf 120 Kr. pro Jahr.

Die Bewilligung dieser Beiträge ist natürlicherweise an eine Reihe von Bedingungen geknüpft, es werden jedoch diese Beiträge in die Provision nicht eingerechnet.

Außer den erwähnten Emolumenten wird die größere Arbeit und Verantwortlichkeit bei Verrichtung des Pflegedienstes durch Remunerationen (Gratifikationen) honoriert; es mögen nur einige von denselben erwähnt sein:

Für die Führung des Inventars auf den Abteilungen ist die Gratifikation mit monatlich 6 und 9 Kr., je nach der Größe des Inventars festgestellt; der Pflegedienst selbst (allerdings nur auf schweren Abteilungen) wird auch honoriert mit 3, 6 bis 9 Kr. pro Monat, je nach der Abteilung, wo der Dienst zu versehen ist. Dazu sei bemerkt, daß in den königl. böhm. Landesanstalten drei Arten von Abteilungen, und zwar ruhige, schwere und besonders schwere Abteilungen unterschieden werden.

Als schwere gelten die Abteilungen für somatische und minderruhige, als besonders schwere die Abteilungen für unruhige Kranke und für den Zuwachs. Auch für die gemeinschaftlich mit den Kranken verrichteten Arbeiten erhalten die Pfleger Gratifikationen im Betrage von 3 bis 9 Kr. monatlich, wohingegen die bloße Aufsicht nicht honoriert wird. Die Kumulierung der Gratifikationen ist prinzipiell nicht zulässig, in den Fällen, wo sie ausnahmsweise gestattet wird, darf sie den Betrag von 9 Kr. nicht überragen. Für den ordentlich versehenen Wachdienst gebührt schließlich jeder Pflegeperson eine Remuneration von 50 h., so daß, nachdem die Nachtwachen nach dem Halbnachtssystem gehalten werden, die Remuneration für die ganze Nacht 1 Kr. beträgt.

Wenn nun, wie aus dem obangeführten hervorgeht, schon die Regelung der materiellen Verhältnisse des Pflegepersonals einen bedeutenden Fortschritt darstellt, wurde der Regelung der sozialen Verhältnisse um so größere Aufmerksamkeit gewidmet. Von den einschlägigen Bestimmungen der Vorlage würden hierher gehören:

Die Regelung des normalen Urlaubes für das Pflegepersonal, welcher nach der Länge der Dienstzeit von drei bis zehn Tagen, bei dem Oberpflegepersonal von 7 bis 14 Tagen jährlich normiert erscheint, weiter die Vorschriften über die Disziplinargewalt, Strafen und Suspension, welche mit den für das Bedienstetenpersonal festgesetzten Vorschriften fast vollkommen übereinstimmen.

Des ferneren die Vorschriften über die Dienstruhe und Ausgänge des Pflegepersonals, die nun — da es sich um eine prinzipielle Angelegenheit handelt — noch einer kurzen Besprechung unterzogen werden,

Dem bisherigen Stande gegenüber, wo dem sämtlichen Pflegepersonale nur einmal in der Woche ein Ausgang von acht Stunden bewilligt zu werden pflegte, hat sich der Landesausschuß für die neue Vorlage durch folgende Gründe leiten lassen.

Die Dienstruhe des Pflegepersonals dürfte analog den gesetzlichen Bestimmungen, die insbesondere in den Gewerbeordnungen zum Ausdrucke kommen, nicht unter 24 Stunden in der Woche herabgesetzt werden. Da nun diese Dienstruhe einesteils eine Tagesruhe, andererseits eine Nachtruhe umfaßt, müßte demgemäß dem sämtlichen Pflegepersonal eigentlich eine ganztägige und mindestens eine ganznächtliche Ruhe zuerkannt werden.

Die Einrichtung in diesem Sinne würde zwar den streng sozialen Bestrebungen vollkommen entsprechen, erwies sich jedoch für die böhmischen Verhältnisse derzeit durchaus nicht durchführbar. Deshalb wurde festgesetzt, daß allen Personen allwöchentlich eine wenigstens 24 stündige durch die Dienstanforderungen ungestörte Ruhe gebührt und daß diese Gesamtruhe regelmäßig einmal bezw. mit Rücksicht auf die Versehung des Nachtdienstes zweimal in der Woche eine ganznächtliche, einmal eine halbtägige Ruhe umfassen soll. Hierbei wurde die Frage, ob die gebührende Dienstruhe zu Ausgängen aus der Anstalt verwendet werden kann, ganz separat gelöst. Die Nachtruhe zu den Ausgängen zu benutzen, ist nach der Ansicht des Landesausschusses unzulässig, und es ist daher die Nachtruhe regelmäßig in der Anstalt zu verbringen. Nur ausnahmsweise und soweit es die Dienstverhältnisse zulassen, kann auch die Nachtruhe außerhalb der Anstalt verbracht werden, dies jedoch nur mit Bewilligung des Direktors, der auch zu bestimmen hat, wann die Pflegeperson von dem Nachtausgange zurückzukehren hat. Lediglich den verheirateten Pflegepersonen ist ein ganznächtlicher Ausgang und sofern die Dienstverhältnisse nicht hinderlich sind, auch ein weiterer ganznächtlicher Ausgang wöchentlich obligatorisch zu bewilligen.

Die halbtägige Ruhe zu Ausgängen zu benutzen, kann dem Pflegepersonal allerdings nicht verwehrt werden. Hierbei wurde für die älteren Pflegepersonen noch der zweite halbtägige Ausgang ausnahmsweise festgesetzt, so daß, wenn auch nicht das sämtliche Pflegepersonal, dennoch die Pfleger und Pflegerinnen nach dem dritten Dienstjahre einer ganztägigen und einer ganznächtlichen Dienstruhe in der Woche teilhaftig sind.

Noch ein Fortschritt in sozialer Beziehung wäre hier zu verzeichnen, nämlich die Art, auf welche die Unterstützungen des Pflegepersonals bei der Waffenübung und während der Schwangerschaft geregelt werden. Diese Frage hängt jedoch bereits mit dem dritten Teile der Vorlage: „über die Unfallkrankenversicherung und Versorgungsgenüsse des Bediensteten- und Wartepersonals“ zusammen, worüber nun mit einigen Worten zu registrieren wäre.

1. Definitiven Pflegern, sowie den Bediensteten der ersten sechs Gruppen gebühren während der Waffenübung volle Dienstbezüge; den provisorischen Pflegern bezw. Bediensteten der VII. Gruppe kann während der Waffenübung und eventuell auch während der Militärersatzdienstleistung die bisherige Stelle gewahrt bleiben und eine Unterstützung in der Höhe des auf die Dauer von acht Wochen entfallenden baren Lohnes gewährt werden.

2. Für den Fall der Schwangerschaft wird folgender Unterschied gemacht:

Provisorische ledige weibliche Bedienstete und Pflegerinnen werden zur rechten Zeit gekündigt, können jedoch neuerdings in die Anstaltsdienste aufgenommen werden.

Definitiv angestellte, verheiratete Bedienstete und Pflegerinnen werden mit vollen Bezügen beurlaubt, und zwar bei einem normalen Verlaufe bis zu vier Wochen vor der Niederkunft, in außerordentlichen Fällen auf eine längere, den Verhältnissen angemessene Zeit.

Wie für den Fall der Schwangerschaft definitiver lediger weiblicher Bediensteten und Pflegerinnen vorzugehen ist, bleibt dem Landesausschusse vorbehalten, d. h. sie sind entweder zu entlassen, oder — falls zur Entlassung kein wichtiger Grund vorliegt — entsprechend zu beurlauben.

Damit stehen in enger Verbindung folgende Vorkehrungen für den Fall einer Erkrankung:

Für alle definitiv angestellten Bediensteten und Pflegepersonen ist für den Fall der Krankheit auf das ganze Jahr vorgesorgt, für das Wochenbett allerdings nur in Ausnahmsfällen, sonst nur bis zu vier Wochen.

Die Art der Unterstützung besteht:

a) bei der häuslichen oder sonstigen Pflege auf eigene Kosten im vollen Lohne,

b) bei Behandlung in einer öffentlichen Anstalt in der Gewährung der freien Kur und Verpflegung nach der letzten Verpflegsklasse; außerdem kann den Angehörigen eine Unterstützung bis zu 75% der Dienstbezüge des kranken Bediensteten gewährt werden.

Ähnlich ist es auch für das provisorische Pflegepersonal vorgesehen: die Unterstützungsdauer beträgt

hier jedoch nur 20 Wochen, die Unterstützung für den Kranken selbst bis zu 75%, für die Angehörigen bis zu 30% des baren Lohnes.

Was die Unfallversicherung anbelangt, wurde von der Bestimmung des § 4 des Gesetzes vom Jahre 1888 ein ausgiebiger Gebrauch gemacht, so daß alle definitiv Bediensteten, denen die minimalen gesetzlichen Renten zustehen, von der Unfallversicherung befreit sind; für die übrigen gelten die Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes allerdings mit der Modifikation, daß es dem Landesausschusse vorbehalten bleibt, auch diese Personen durch Zuerkennung von minimalen Unfallrenten von der Unfallversicherungspflicht loszuzählen.

Es folgen nun die Bestimmungen über die Versorgungsgenüsse und es genügt vielleicht darauf hinzuweisen, daß auch für die Angestellten überhaupt bezüglich ihrer Provisionierung dieselben grundsätzlichen Normen wie für die Landesbeamten angenommen wurden.

Anspruch auf die Provision kann demnächst nur den definitiv angestellten Bediensteten und Pflegern zuerkannt werden.

Die Dauer der Dienstzeit beträgt regelmäßig zehn Jahre (bei den Taglöhnern zwanzig Jahre), be der infolge der Erfüllung der Dienstpflichten eingetretenen Dienstunfähigkeit 7 bezw. 14 Jahre. Sonst wird nur eine angemessene Abfertigung gewährt. Für die ersten zehn Jahre wird die Provision mit 40% der Aktivitätsbezüge bemessen, die für jedes weitere Jahr um 2,4% erhöht wird. Auf derselben Grundlage wird auch die Witwenprovision, Abfertigung der Hinterbliebenen, Erziehungsbeiträge und Waisengelder normiert.

Die Resultate der neuen Vorlage wären allerdings abzuwarten. Dessenungeachtet kann die Vorlage als eine für die Organisation der böhm. Landesanstalten für Geisteskranke äußerst wichtige Arbeit bezeichnet werden, wenigstens aber weist sie auf die Bestrebungen hin, welche von dem kgl. böhm. Landesausschusse diesbezüglich verfolgt werden.

Mitteilungen.

— **Bericht über die XVIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** in Halle a. S., am 26. Oktober 1912. (Offizieller Bericht.)

Referenten: Dr. A. Gregor-Leipzig, Dr. Hans Willige-Halle. (Schluß.)

15. Herr Kleist-Erlangen: Anatomische Befunde bei Huntingtonscher Chorea.

An dem Gehirn eines Falles von Huntingtonscher Chorea, das Medizinalpraktikantin Frl. Kießelbach und der Vortr. untersuchten — die Befunde werden ausführlich in der Dissertation von Frl. Kießelbach veröffentlicht werden — fand sich: 1. Eine hochgradige Atrophie der Nuclei caudati beiderseits und der Putamina beider Linsenkerne. Auf Schnitten durch diese Kerne wurden im Gesichtsfeld vier- bis fünfmal weniger Zellen gezählt, als an Schnitten eines normalen Gehirns. Die Glia ist in den Schwanzkernen und den Putamina außerordentlich vermehrt. 2. Die übrigen Teile des Zentralnervensystems sind ebenfalls kleiner als die entsprechenden Teile eines normalen Gehirns, besonders ist das Großhirnmark an Masse reduziert. Es finden sich auch an den Nervenzellen der übrigen Teile des Zentralnervensystems gewisse atrophische Veränderungen, die aber nirgends auch nur entfernt den Grad und Umfang der Atrophie der Nuclei caudati und der Putamina erreichen. Besonders fällt gegenüber der Entartung dieser Gebilde die relative Unversehrtheit des Globus pallidus, des Thalamus opticus, des Nucleus ruber, des Corpus subthalamium und der Kleinhirnkerne auf. 3. Atheromatöse Veränderungen und Arteriofibrosis an den Gehirngefäßen. Vereinzelte mikroskopisch kleine Erweichungsherde, sowohl in den Basalganglien wie in der Hirnrinde. 4. Die atrophischen Veränderungen, insbesondere die Atrophie der Putamina und Nuclei caudati hat nicht herdartigen Charakter, ist nicht durch die Gefäßerkrankung bedingt, sondern stellt sich als ein eigenartiger Degenerationsprozeß dar, der auch von dem der senilen Demenz (keine Fischerschen Drusen, keine Alzheimersche Fibrillenveränderung!) verschieden ist. Es handelt sich auch um keinen entzündlichen Vorgang (keine Gefäßinfiltrate).

Nach Art und Lokalisation ähnliche Befunde wurden von Jelgersma, Alzheimer und Marie-L'Hermite veröffentlicht. Die Beschränkung der schweren Entartung auf den Schwanzkern im Falle Jelgersma bezw. auf den Schwanzkern und das Putamen in unserem Falle ist für das Verständnis der choreatischen Bewegungsstörung von Bedeutung. Sie bestätigt Antons Lehre, der schon früher die athetotisch-choreatischen Störungen eines Falles auf die vorgefundene Degeneration der Putamina zurückgeführt hatte, und zeigt, daß choreatische Erscheinungen nicht nur die Folge von Affektionen der Bindearmbahn (Bonhöffer), sondern auch von solchen der Schwanzkerne und Putamina sein können. Wahrscheinlich kommt auch die Bindearmchorea erst dadurch zustande, daß die Affektion des Bindearms eine Störung im Ablauf der an das Corpus striatum gebundenen automatischen Bewegungen nach sich zieht. Autoreferat.

Diskussion.

Herr **Flechsig**: Wir haben in einer ganzen Reihe schwerster akuter Chorea mit Fieber und psychischen Störungen im Linsenkern übereinstimmende Veränderungen gefunden. Außer Schwund von markhaltigen Fasern und Ganglienzellen traten an Hämotoxylin-Präparaten nach Weigert-Pal konzentrisch geschichtete Körper, offenbar verkalkte Abbauprodukte hervor, welche die Ganglienzellen an Größe vielfach übertrafen. Außerdem kamen auch kleinere, runde, meist in Reihen geordnete Körper vor, welche von Hämotoxylin intensiv blau gefärbt wurden. Wir haben ähnliche Körper ja vereinzelt auch in Gehirnen Nichtchoreatischer gefunden, indes nie in dieser Menge und Größe wie bei den Fällen von Chorea gravis. Das betreffende Gebiet des Linsenkerns ist gegenüber den hinteren Teilen des Globus pallidus myelogenetisch durch etwas späteres Auftreten der Markscheiden ausgezeichnet und offenbar mit dem roten Kern bezw. den Bindearmen des Kleinhirns ausgiebig verbunden. Da die letzteren auch mit dem Thalamus (ventraler, lateraler Kern) und hierdurch mit den Zentralwindungen zusammenhängen, so wird Erkrankung des roten Kerns und seiner Fasersysteme auf die verschiedenste Weise zu choreatischen Reizerscheinungen führen können.

Herr Liepmann glaubt auch, daß Herde im Linsen- und Schwanzkern für choreatische und verwandte Bewegungen in Betracht kommen. Er hat bei einer alten Dame eine typische Hemichorea apoplektisch auftreten sehen, ohne jede Lähmungserscheinung. Der bisher nur makroskopische Befund zeigt nur eine Erweichung der vorderen Hälfte des Putamen, die sich durch den vorderen Schenkel der inneren Kapsel in den Schwanzkernkopf erstreckt; der hintere Schenkel der inneren Kapsel ist vollkommen frei.

Herr Klien-Leipzig erwähnt einen Fall, in welchem ein etwa 60jähriger Mann akut unter heftigsten choreatischen Bewegungen von Huntingtonschem Typus erkrankte und innerhalb einiger Tage zum Exitus kam. Bei der Sektion fanden sich als einzige ohne eingehende mikroskopische Untersuchung nachweisbare Veränderung mehrere kleine und kleinste frische Erweichungsherde in beiden Linsenkernen.

Herr Lewandowsky: Außer der Chorea Huntington sind noch zwei andere Erkrankungen auf das Corpus striatum bezogen worden, nämlich eine paralysis-agitans ähnliche luetische Erkrankung von Wilson und die Athetose double von C. Vogt und Oppenheim. Diese drei Erkrankungen sind aber sehr verschieden. Vielleicht haben sie ein oder mehrere Symptome gemeinsam, die auf das Corpus striatum bezogen werden müssen; daß alle die Symptome auf diese Lokalisaton bezogen werden könnten, dürfte aber sehr unwahrscheinlich sein. Vielleicht gelingt es auch, neben der Chorea oder Athetose noch eine oder mehrere Arten von Spontanbewegungen auszuscheiden. Zur Lösung dieser Frage sind nicht nur anatomische, sondern auch kinematographische Aufzeichnungen über die einzelnen Fälle erforderlich. Es ist nötig, daß möglichst bald eine Zentralstelle für die Aufbewahrung solcher kinematographischer Aufnahmen geschaffen wird. Ohne die Möglichkeit, die Bewegungsstörungen zu vergleichen und sich zu vergegenwärtigen, haben selbst die anatomischen Untersuchungen nur beschränkten Wert.

Herr Nießl v. Mayendorf: Die Huntingtonsche Chorea weist Hirnrindenveränderungen auf, die keineswegs rein atrophischer Natur sind, sondern die Merkmale akuter und chronischer Entzündungen unzweifelhaft besitzen. Dasselbe gilt natürlich auch für die subkortikalen Veränderungen, denen für das Auftauchen der choreatischen Bewegung die letzte ursächliche Bedeutung zukommt. Dazu gehören die starken Quellungszustände der Ganglienzellen und ihrer Kerne, die Tigrolyse, das Auftreten von Vakuolen und Pigment innerhalb der Zellen und vor allem die enorme Wucherung der Gliakerne. Das Zentralnervensystem ist außerordentlich ödematös und sinkt bei Alkoholbehandlung kolossal zusammen. Andererseits ist zuzugeben, daß die Gefäße im allgemeinen, gegensätzlich zu entzündlichen Vorgängen, hier weniger beteiligt zu sein scheinen. Die Linsenkernhypothese halte ich bezüglich des Zustandekommens der Chorea deshalb für abgetan, weil es eine Anzahl doppelseitiger Linsenkernzerstörungen gibt, welche ohne choreatische Zuckungen verliefen (Reichel, Raymond et d'Artaud, Liepmann u. a.). Die Hemiathetose ist nicht, wie Lewandowsky meint, von der Hemichorea wesentlich verschieden, sondern beruht auf demselben Gehirnmechanismus und unterscheidet sich von dieser nur in funktioneller, nicht in lokalisatorischer Beziehung. Es ist endlich inkorrekt, für die choreatischen Zuckungen den Terminus Bewegungsstörungen zu wählen. Welche Bewegung ist dabei eigentlich gestört?

16. Herr Kürbitz-Sonnenstein: Über Zeichnungen Geisteskranker.

Kürbitz geht zuerst auf die engen kulturgeschichtlichen Beziehungen zwischen Schrift, Sprache und Malerei ein und unternimmt dann den Versuch, analog den psychiatrischen Ergebnissen bei Schrift und Sprache, auch die Zeichnungen Geisteskranker in Beziehung zu ihrem sonstigen klinischen Verhalten zu bringen. Zunächst werden die Reproduktionen nach Vorlage behandelt, wobei man bei Dem. praecox-Kranken eventuell Hemmungen, Inkohärenz etc. antrifft; bei Manischen läßt sich auch in der Zeichnung die Trias: motorische Erregung, gehobene Stimmung und ideenflüchtiger Gedankenablauf konstatieren; dabei ist zu betonen, daß ihre mannigfachen Ausschmückungen stets von einem geordneten, sinnvollen Gedanken beherrscht sind, ihre Aufmerksamkeit noch eine gute ist, im Gegensatz zu den erregten Katatonikern, bei denen alles bunt und verworren durcheinander geht, völlig übereinstimmend mit ihrem übrigen Verhalten. Demente sind oft mehr oder weniger unfähig zu Reproduktionen, entsprechend dem geistigen Defekt, den sie haben.

Waren nun schon durch das Kopieren weitgehende Parallelen zwischen klinischem Bild und

zeichnerischem Produkt unverkennbar, so läßt sich das a priori noch viel mehr bei Spontanzeichnungen erwarten, und auch hierfür bringt Kürbitz in den beigefügten Abbildungen die Beweise.

Zwei Punkte sind dabei noch von besonderem Interesse: einmal findet man eine Verwechslung von Profil und en face und sodann werden noch Dinge zur Darstellung gebracht, die nicht gesehen werden können (z. B. Stellen auf dem Rücken etc.); Kürbitz stellt diese beiden Erscheinungen in Vergleich mit den entsprechenden Befunden bei den Zeichnungen von Kindern und von Naturvölkern und erklärt sie psychologisch als Vorstellungsbilder, im Gegensatz zu den Zeichnungen, bei denen nur das tatsächlich gesehene Objekt wiedegegeben wird.

(Ausführrliche Mitteilungen in der Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, Heft 2, S. 153.) Eigenbericht.

17. Herr Gober-Jena: Über Selbstheilung von Basedowscher Krrankheit (erscheint ausführlich in der Münch. med. Wochenschrift).

Herr Grober berichtet über einen Fall von ausgesprochener Basedowscher Krankheit, der zuerst im Jahre 1906 auf der Medizinischen Klinik in Jena von ihm beobachtet worden ist. Es fehlte keines der wesentlichen Symptome. Die Erkrankung war in wenigen Monaten zu der damaligen Höhe angestiegen; die Prognose war dementsprechend ungünstig für den weiteren Verlauf zu stellen. — Im Jahre 1910 kam die Kranke wieder zur Beobachtung. Gr. sah sie auch 1912 wieder. Schon 1910 waren die meisten Basedow-Symptome so gut wie verschwunden. Der Halsumfang war um 4 cm geringer und dann normal geworden, die Augensymptome waren und sind verschwunden; der Spitzenstoß, der 1906 in der vorderen Achsellinie gefunden worden war, befindet sich jetzt 1 cm innerhalb der Brustwarzenlinie. Tremor, Schweiße und Palpitationen sind nicht mehr vorhanden. Bei sehr genauer Untersuchung sind noch einzelne wenige Reste der Basedow-Symptome zu finden, auch diese aber nur eben angedeutet. — Dagegen hat sich umgekehrt parallel zu der zurückweichenden Basedowschen Krankheit eine Lungenveränderung entwickelt, die neben den deutlichen Anzeichen einer chronischen Phthise, mit den entsprechenden Veränderungen des rechten Herzens, die Diagnose größerer, vielleicht bronchiektatischer Hohlräume wahrscheinlich macht. Es sind außer „maulvoller“ Expektoration vor allem ausgesprochene Trommelschlägelfinger vorhanden.

Vortr. erwägt die Möglichkeit, daß der umgekehrte Parallelismus der beiden Krankheiten einen ursächlichen Zusammenhang verrät, insofern, als etwa die toxischen Wirkungen der Basedowdrüse durch die der kranken Lunge in den Hintergrund gedrängt oder aufgehoben würden. Es ist aber auch die Möglichkeit gegeben, daß die Gifte der zweiten Erkrankung — Tuberkuline oder resorbierte Toxine der Bronchiektasen — direkt schädigend auf die Struma gewirkt und ihre Verkleinerung veranlaßt haben. Doch bedarf es einer Erörterung noch mehr ähnlicher Fälle von Selbstheilung, die der Vortr. in Aussicht stellt, um die genannte Vermutung wahrscheinlicher zu machen. Jedenfalls ist der Fall mit seinen besonderen Verhältnissen ein seltenes Vorkommnis. Autoreferat.

18. Herr Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Über die pathologischen Komponenten des choreatischen Phänomens. (Erscheint als Originalartikel in der Berl. klin. Wochenschrift.)

Vortr. analysiert die Bewegungsphänomene bei Chorea und kommt zu dem Resultat, daß eine besondere kortiko-subkortikale Bahn angenommen werden muß, die von der Großhirnrinde zum roten Kern führt. Eine Schädigung dieser Bahn an irgendeiner Stelle ihres Verlaufs verursacht Chorea. Vortr. demonstriert Präparate von Veränderungen der Rinde der Zentralwindung und des roten Kerns bei Fällen von Chorea.

19. Herr Wichura-Schierke: Über einen Fall von Eklampsie mit bleibenden Störungen des Gedächtnisses, Erkennens und Handelns.

Die 18jährige Primipara hatte am Tage der Geburt 17, am folgenden Tage noch 7 eklamptische Anfälle und war mehr als acht Tage benommen.

Sie bot später eine schwere retro- und anterograde Amnesie, Verlust der räumlichen und zeitlichen Orientierung, zum Teil im Sinne einer zeitlich zurückliegenden Situation, zuerst Akinese und Mutazismus — beide zeitweise unterbrochen durch Jaktationen und Schreien — dann Apraxie — auch des Rumpfes und der Arme — und amnestische Aphasie. Der Verlust des Lesens, Schreibens und Zeichnens, das Symptom der Balintschen optischen Ataxie, die starke Einschränkung des Gesichtsfeldes und Herabsetzung des Sehvermögens ohne objektiven Befund, sowie der Mangel des optischen Vorstellungsvermögens legten den Gedanken an eine besondere Schädigung des linken Gyrus angularis und supramarginalis sowie des angrenzenden Teils des Hinterhauptlappens nahe.

Der Zustand besserte sich im ersten Jahr ständig, im zweiten Jahr trotz des Unterrichts nur wenig. Jetzt, mehr als zwei Jahre post partum steht die Kranke psychisch etwa auf der Stufe eines siebenjährigen Kindes, es bestehen noch amnestische Defekte, Herabsetzung der Merkfähigkeit, das Rechnen ist auf Addieren beschränkt, Schreiben und Lesen erfolgt fehlerhaft, Zeichnen und Formensehen mangelhaft, es besteht ideo-kinetische Apraxie. Pathologisch anatomisch werden diffuse Veränderungen, vielleicht mit stärkerer Ausprägung im Gebiete des linken Hinterhauptlappens angenommen. Das Hirnpunktat im Gebiete des linken unteren Scheitellappens ergab degenerative Veränderungen und Wucherungen der Glia.

Eine Heilung erscheint ausgeschlossen.

Autoreferat.

20. Herr Quensel-Leipzig demonstriert einen Fall von Kohlenoxydvergiftung.

F. A., $22^3/_4$ jähriger italienischer Hüttenarbeiter erlitt am 27. Juni 1912 eine Vergiftung durch Hochofengase bei der Reparatur einer Auspuffkammer.

Die Dauer der Vergiftung ist nicht ganz sicher festgestellt, sie dürfte 1/4 Stunde betragen haben. Er kam bewußtlos ins Krankenhaus, hatte schwachen Puls, schwache Atmung, erholte sich erst allmählich im Laufe des Tages unter Exzitantien. Dann ging es ihm gut bis zum vierten Tage. Er bekam schwachen Puls, plötzlich Kopfschmerzen, konnte nicht mehr sehen, irrte durch die Zimmer, ohne sich zurecht zu finden, aber auch ohne anzustoßen, sah blöde aus, war leicht erregt, gedächtnisschwach, zeitweise Katalepsie, wußte sich mit nichts zu behelfen, er aß, verlangte aber nicht nach Essen, konnte sich nicht mehr selbst bedienen, unterhielt sich mit anderen.

In Bergmannswohl aufgenommen am 1. Oktober 1912.

Klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, Augenbeschwerden.

Innere Organe, Allgemeinbefinden ungestört, kein Fieber, Puls nur ganz leicht beschleunigt, etwas kleinschlägiges Zittern der Finger, lebhafte Kniescheiben- und Fersenreflexe, Augenhintergrund normal.

Patient sieht, zeigt keine Hemiopie, sieht Farben, kann sie aber nicht zueinander sortieren, nicht benennen, auf Erfordern eine bestimmte Farbe nicht heraussuchen, sich die Farbe genannter Gegenstände nicht vorstellen. Formen kann er mühsam nachfahren, nicht benennen, erkennt weder Zeichnungen, noch Objekte, vermag den Gebrauch nicht anzugeben. Er sieht auffallend nahe auf die Objekte, die ihm gereicht werden, starrt sie verständnislos an. Zu lesen vermag er weder Zahlen noch Buchstaben, auch nicht seinen Namen.

Gehör gut, auch für Flüsterstimme, Stimmgabel, Galtonpfeife etc., Töne und Geräusche werden zum Teil erkannt, z. B. benennt er sofort „Glocke", „pfeifen". Nicht benannt werden nach Gehör Taschenuhr, Schlüsselbund, Geld, Stimmgabel, Worte hört und versteht er sofort. Er vermag eine ganze Anzahl von Objekten aus einer Anzahl vorgelegter auszuwählen, z. B. Uhr, Schlüssel, Bleistift, Messer, häufig sieht er andere Objekte verständnislos an.

Berührungen, Nadelstiche, Temperaturunterschiede werden gefühlt, er tastet richtig, vermag aber Objekte durch das Tasten nicht zu erkennen und auch nicht zu benennen.

Geruch und Geschmack scheinen erhalten, genaue Prüfung unmöglich.

Einzelne Bewegungen werden ausgeführt, es besteht keine Lähmung, doch sind die Bewegungen zittrig und etwas ungeschickt. Spontan zeigt Patient keine Initiative, sitzt und steht stumpfsinnig herum, muß zu allem getrieben werden. Vorgemachte Bewegungen werden etwas ungeschickt, aber doch im ganzen zutreffend nachgeahmt, z. B. drohen, eine lange Nase machen, winken, Händeklatschen u. dgl. Bewegungen aus der Erinnerung werden ganz mangelhaft ausgeführt, meist weiß er nicht, was er machen soll. Mit Objekten vermag er sich nicht zu behelfen, bringt ein Taschenmesser nicht auf, Bleistift anspitzen, Streichholz- und auch Lichtanzünden und dergleichen unmöglich. Beim Verlassen des Zimmers hantiert er ungeschickt an der Klinke herum. Zu schreiben vermag er überhaupt nicht, was er früher konnte. Er spricht ohne jede Störung, spontan und auch auf Vorsprechen.

Allgemein besteht eine hochgradige Störung der Merkfähigkeit, schon nach wenigen Stunden weiß er von den markantesten Veränderungen nichts mehr. Die Erinnerung an frühere Daten ist dagegen gut erhalten, und zwar bis zu seinem Unfall. Er ist räumlich und zeitlich desorientiert, erkennt die Personen seiner Umgebung nur in ganz vager Weise, hauptsächlich scheint er seinen Arzt an der Stimme zu erkennen. Zeitweilig deprimiert. Erregungszustände sind bei uns nicht mehr vorgekommen. Tageweise ist sein Zustand besser, an anderen Tagen erscheint er ganz dämmerig.

Es handelt sich um den typischen Verlauf einer schweren Kohlenoxydvergiftung mit diffusen, aber offenbar regionär stärker entwickelten anatomischen Veränderungen im Großhirn. Die Prognose erscheint sehr zweifelhaft. Der Defekt wird voraussichtlich in der Hauptsache bestehen bleiben. Autoreferat.

21. Herr Grund-Halle: Eine Familie mit atrophischer Myotonie (mit Krankenvorstellung).

In einer neuropathisch ziemlich schwer belasteten Familie (Myotonie in der weiteren Aszendenz nicht sicher) sind die Mutter und zwei Söhne erkrankt, während ein Sohn und eine Tochter gesund sind. Die Mutter ist am leichtesten erkrankt, die Söhne sind schwerer betroffen, am meisten der jüngste. Gesicht, Sternokleidomastoideus und Vorderarmmuskeln sind bei allen drei Patienten stark atrophisch, Zunge, Kaumuskeln, tiefe Halsmuskeln und Bauchmuskeln nehmen mit zunehmender Schwere der Erkrankung in stärkerem Grade an der Atrophie teil, während eine Peroneuslähmung nur beim jüngsten Sohn besteht. Daraus zieht Vortr. den Schluß, daß die Erkrankung von Gesicht, Sternokleidomastoideus und Vorderarmmuskeln hier das Typische sei, die anderen genannten Muskeln erkranken erst in zweiter Linie. Interessant ist der Nachweis, daß in der vorgestellten Familie schon die ersterkrankte Generation Myotonie und Atrophie in typischer Form verbunden aufweist, nicht Myotonie allein. Die atrophische Myotonie scheint eine Erkrankung sui generis zu sein, nicht aus der gewöhnlichen Myotonie hervorzugehen.

Autoreferat.

— Das Organisationskomitee des **V. Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke**, welcher provisorisch auf Dezember 1912 angesetzt war, hat den Kongreß in das Jahr 1913 (wahrscheinlich September) verlegt und zwar aus folgenden Gründen:

1. Auf ein Zirkular des Komitees haben viele ausländische Irrenärzte mit der Bitte geantwortet, den Kongreß auf einen klimatisch milderen Monat verlegen zu wollen, und 2. glauben diese Herren, daß der Krieg auf dem Balkan sowie die allgemeine politische Lage in Europa gegenwärtig für die Veranstaltung eines Kongresses nicht günstig sind.

Prof. Dr. N. Bajenoff,
Chefarzt des Asyls Preobrajensky, Moskau.

— **Verstaatlichung der Heilanstalt Dösen** bei Leipzig. Die bisher der Stadtgemeinde Leipzig gehörige Heilanstalt Dösen ist am 1. Januar in den Besitz des Königlich sächsischen Staatsfiskus übergegangen. Ärzte und Beamte sind mit übergetreten und als Staatsdiener angestellt worden. In der Organisation und Verwaltung der Anstalt wird vorläufig keine wesentliche Änderung vorgenommen. — Mit der Übernahme der Anstalt Dösen durch den Staat hat die Regierung den ersten Schritt in der für das Königreich Sachsen geplanten Reform der Irrenfürsorge getan.

Das Amtsblatt: Dresdener Anzeiger, berichtet von der Übergabe: Die Heilanstalt Dösen, die bisher der Stadtgemeinde Leipzig gehörte und von ihr mit bedeutenden Opfern unterhalten wurde, ist am 1. Januar 1913 mit dem Jahreswechsel an die Königl. Sächsische Staatsregierung übergeben worden. Der Oberbürgermeister von Leipzig, Dr. Dittrich, hielt an die vom Königlich Sächsischen Staatsministerium entsandten Vertreter Ministerialdirektor Geh. Rat Dr. Heink und Regierungsamtmann Dr. Jeremias aus Dresden eine Ansprache, in der er die Verdienste des Anstaltsdirektors Geh. Medizinalrats Dr. Lehmann hervorhob, die Verwaltungsbeamten der staatlichen Behörde empfahl und den Wunsch aussprach, daß dieses Krankenheim allen, die in ihm Aufnahme finden werden, zum Segen gereichen möge. Geheimrat Heink dankte namens des Staates der Stadt Leipzig und übernahm die Anstalt in den Besitz der Regierung. Hierauf wurde Direktor Geh. Medizinalrat Dr. Lehmann verpflichtet. Zu dem Regulativ der Anstalt ist bestimmt worden, daß das Ministerium nicht nur Kranke aus Leipzig, sondern unter gewissen Voraussetzungen auch aus anderen Orten aufnehmen lassen wird.

— **Gesetz über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken** im Königreich Sachsen. Vom 12. November 1912. (Ges.- und Verordn.-Blatt S. 483.)

Wir, Friedrich August, . . . verordnen mit Zustimmung Unserer getreuen Stände, was folgt:

§ 1. Die Landesanstalten haben alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband in Erfüllung seiner armenrechtlichen Verpflichtung oder eine sächsische Gemeinde aus besonderen sachlichen Gründen beantragt, aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern.

Geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes sind auch die Epileptischen, soweit sie zu den gewalttätigen epileptisch Irren zu zählen sind.

§ 2. Die Ortsarmenverbände und Gemeinden haben, bevor sie den Antrag auf Unterbringung stellen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, in zweifelhaften Fällen das Gutachten des Bezirksarztes.

Über die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion. Eine Ablehnung hat sie zu begründen. Über die Beschwerde hiergegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft. Die Beschwerde ist auch zulässig, wenn die Anstaltsdirektion beschlossen hat, den Kranken zu entlassen. Eine solche Entlassung ist ebenfalls zu begründen.

Die Beschwerde ist binnen einer Woche nach der Bescheidung des Ortsarmenverbandes oder der Gemeinde zu erheben und hat aufschiebende Wirkung, wenn sie sich gegen eine Entlassung richtet.

Die Entscheidung der Kreishauptmannschaft ist endgültig.

§ 3. Im Falle der Selbstzahlung sind die Anstaltskosten von den Aufgenommenen und, soweit deren Mittel nicht ausreichen, von den Personen zu entrichten, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterhaltspflichtig sind.

Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist der Landesanstalt gegenüber zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt oder sonst die Zahlungsverbindlichkeit übernommen hat, sodann derjenige Armenverband zahlungspflichtig, der nach den armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat.

§ 4. Für die sächsischen Ortsarmenverbände, soweit ihnen die Unterstützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die sächsischen Gemeinden besteht der gleiche Verpflegesatz. Dieser bemißt sich nach der Hälfte des Aufwandes, der, nach dem Durchschnitte des Gesamtaufwandes aller Landesirrenanstalten berechnet, auf einen Kranken der billigsten Verpflegklasse täglich entfällt.

Die Höhe des Satzes macht das Ministerium des Innern mit der Maßgabe bekannt, daß er frühestens ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung in Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1913 in Kraft, soweit nicht mit einzelnen Städten etwas anderes vereinbart worden ist.

Auf geisteskranke Verbrecher, die wegen ihrer Gewalttätigkeit der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, findet das Gesetz schon vom 1. Januar 1913 an unbeschränkt Anwendung.

Mit der Ausführung des Gesetzes wird unser Ministerium des Innern betraut, das auch in der bisherigen Weise Anstaltsordnungen zu erlassen und darin insbesondere die bei Aufnahme eines Kranken erforderlichen Unterlagen anzugeben hat.

Urkundlich haben Wir dieses Gesetz eigenhändig vollzogen und Unser Königliches Siegel beidrucken lassen.

Verordnung des Kgl. Sächsischen Ministeriums des Innern zur Ausführung des Gesetzes über die Anstaltsfürsorge an Geisteskranken. Vom 12. November 1912. (Ges.- und Verordn.-Blatt S. 484.)

§ 1. Das Gesetz bezweckt lediglich, das Verhältnis der Landesirrenanstalten zu den Ortsarmenverbänden und Gemeinden zu regeln; das Recht der Kranken und ihrer gesetzlichen Vertreter, der Aufnahme zu widersprechen oder die Entlassung zu verlangen, berührt es nicht.

Auch läßt es das Recht der Landesirrenanstalten unberührt, in anderen als den vom Gesetze bezeichneten Fällen Geisteskranke aufzunehmen.

§ 2. Die Gemeinden und Ortsarmenverbände bleiben verpflichtet, für Geisteskranke bis zur Ent-

scheidung über deren Aufnahme ein angemessenes Unterkommen zu schaffen (zu vgl. die Instruktion zur Verordnung vom 23. August 1874, Gesetz- u. Verordn.-Blatt S. 138). Die von den Bezirksverbänden ausgenommenen Städte haben außerdem für Fälle vorübergehender geistiger Erkrankung Stationen zu unterhalten.

Bevor das Gesetz in Kraft tritt, bestimmt die Direktion der zuständigen Landes-Heil- und Pflegeanstalt nach Gehör des beteiligten Bezirksarztes, wer von den Insassen einer Gemeinde- oder Bezirksanstalt unter das Gesetz fällt; nötigenfalls ist nach § 2 des Gesetzes zu verfahren.

§ 3. Das Gutachten, welches dem Aufnahmeantrage beizufügen ist, muß von einem staatlich approbierten Arzt ausgestellt sein und auf persönlicher Untersuchung beruhen. Es gilt vier Wochen vom Tage der Untersuchung an.

Sollen Kranke aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Leipzig in eine Landesanstalt überführt werden, so ersetzt das Gutachten, welches die Direktion der Klinik ausgestellt hat, das Gutachten des Bezirksarztes.

§ 4. Die Beschwerden an die Kreishauptmannschaft sind Eilsachen.

Die Kreishauptmannschaft entscheidet in kollegialer Zusammensetzung.

Braucht die Kreishauptmannschaft zur Vorbereitung ihrer Entschließung das Gutachten eines weiteren Psychiaters, so hat dieses Gutachten das Landesgesundheitsamt abzugeben.

§ 5. Beruht die Ablehnung der Anstaltsdirektion nur darauf, daß der Zustand des Aufzunehmenden Anlaß zu Zweifeln darüber bietet, ob die gesetzlichen Voraussetzungen zur Irrenanstaltspflege gegeben sind, so darf die Kreishauptmannschaft mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters eine Beobachtung in einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt anordnen. Die Anstalt selbst bestimmt das Ministerium des Innern. Die Unterbringung darf höchstens drei Monate dauern. Innerhalb dieser Frist hat die Kreishauptmannschaft endgültig zu entscheiden.

§ 6. In anderen als den von § 2 des Gesetzes bezeichneten Beschwerdefällen steht den Beteiligten gegen Entschließungen der Anstaltsdirektionen die Beschwerde an das Ministerium des Innern zu.

§ 7. Bei der Unterbringung von Landarmen und in den Fällen von §§ 33, 60 des Unterstützungswohnsitzgesetzes haben die Kreishauptmannschaften in Vertretung des Landarmenverbandes (Staates) mit den Landesanstalten unmittelbar abzurechnen, unbeschadet ihres Rechts, auch in diesen Fällen Ortsarmenverbände mit Wahrnehmung der armenrechtlichen Fürsorge zu betrauen (§ 2 Abs. 2, § 6 der Verordnung vom 6. Juni 1871, Ges.- u. Verordn.-blatt S. 82, § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 15. Juni 1876, Ges.- u. Verord.-Bl. S. 268).

Für die auf Kosten des Landarmenverbandes oder des Staates untergebrachten Geisteskranken ist der gewöhnliche Verpflegesatz zu entrichten. Die Ortsarmenverbände haften für den Schaden, der durch eine von ihnen verschuldete Verzögerung des Übernahmeverfahrens den Anstaltskassen erwächst.

§ 8. Unberührt bleibt das Recht der Landesanstalten, auch von anderen als den in § 3 des Gesetzes bezeichneten Personen, insbesondere von öffentlichen Kassen und Gesellschaften (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten) die Anstaltskosten erstattet zu verlangen.

Die vorläufige Zahlungspflicht der Armenverbände und Gemeinden ändert nichts an der Haftung des endgültigen Zahlers auch für diese Zeit.

§ 9. Der tägliche Verpflegesatz für die sächsischen Ortsarmenverbände und Gemeinden beträgt vom Inkrafttreten des Gesetzes an bis auf weiteres 1,25 M.

Bei Berechnung des dem Staat erwachsenden Aufwandes sind weder die Summen, welche die großen Städte infolge der neuen Regelung der Irrenanstaltsfürsorge zu zahlen haben, noch der gegenwärtige Wert der Anstalt Dösen anzusetzen, die mit dem Jahre 1913 in Staatsbesitz übergeht.

§ 10. Besonderer Verordnung bleibt es vorbehalten, eine vorläufige Ordnung für die Anstalt Dösen und eine gemeinsame Ordnung für alle Landesirrenanstalten zu erlassen.

§ 11. Das Gesetz tritt für die Städte Leipzig am 1. Januar 1913, Chemnitz spätestens am 1. April 1914, Plauen und Zwickau am 1. April 1914, Dresden am 1. April 1915 in Kraft.

Referate.

— Deutsche Fürsorge-Erziehungsanstalten in Wort und Bild. I. Band. Herausgegeben von Direktor P. Seiffert-Straußberg. C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912.

Ein übersichtliches, vorzügliches Illustrationswerk, das sich in würdiger Weise, dem fruchtbringenden Gedanken Breslers folgend, seinen Vorgängern anschließt. In dem ersten bisher erschienenen Band sind die Berichte von 206 Rettungshäusern, Erziehungsanstalten etc. auf 723 Seiten vereinigt, der Rest der deutschen, sowie alle österreichischen diesbezüglichen Anstalten sind dem zweiten Band vorbehalten.

Die Grundsätze fast aller dieser Institutionen ist, verwahrlosten oder sittlich gefährdeten Kindern ein schützendes und erziehendes Heim zu bieten, sowie den Fürsorgezöglingen in ihren Mauern Aufnahme zu gewähren, wofür ja das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 die entsprechende Unterlage schafft.

Neben der Anstaltsschule bestehen oft noch landwirtschaftliche Nebenbetriebe, die, ebenso wie die Tätigkeit im Haus, von heilsamem Einfluß auf Geist und Körper der Insassen sind; wird doch nach den Berichten die Landwirtschaft im Rettungshaus mit vollem Recht nicht nur als Einnahmequelle, sondern auch als Erziehungsmittel angesehen; auf dem Spielplatz, im Bläser- oder Gesangchor etc. werden dann die Mußestunden verbracht, ein höchst erfreulicher familiärer Zug, der sicherlich nur sein Gutes haben kann.

Hinsichtlich der Erfolge ist hervorzuheben, daß sie auch heute noch zu erzielen sind trotz des oft höchst minderwertigen Materials der Fürsorgezöglinge; Mißerfolge bestehen natürlich auch, ihre Erklärung finden sie bei später Einlieferung, bei störenden Einmischungen von seiten der Angehörigen und bei psychischen Abnormitäten. Als wesentlich erwies sich auch oft die Berufswahl, die um so schwieriger sich gestalten kann, als Unbeständigkeit bei der verwahrlosten und willensschwachen Jugend ein häufiger Zug ist.

Alles in allem bietet das vorliegende Werk ein anschauliches Übersichtsbild über das Wirken und Streben, über die Erfolge und Wünsche in unseren deutschen Fürsorgeerziehungsanstalten, denen ja auch die Psychiatrie seit langem ihr wachsames Auge zugewandt hat und auf die durch dieses naturgemäß kurze Referat noch besonders hingewiesen sei.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Donath, Dr. Hedwig, derzeit Assistentin der Allg. Poliklinik in Wien. Über die therapeutische Anwendung des Phytinum liquidum in der Kinderheilkunde. Aus der Kinderabteilung des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitales in Wien. (Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Karl Moser.) Wiener klinische Wochenschrift Nr. 33, 1911.

Resümee:

„Phytin, das Kalzium-Magnesiumsalz der Anhydrooxymethylendiphosphorsäure, ist ein kräftiger Erreger des Appetites. Hierfür spricht: A. Klinische Beobachtung an Fällen von: 1. Lungentuberkulose, 2. Nervenkrankheiten: a) organisch, b) funktionell, 3. Purpura, 4. Rachitis, 5. Dyspepsie mit Anorexie. B. Die Erklärung der appetiterregenden Wirkung wurde erbracht durch den Nachweis der Magensekretionsvermehrung nach Phytineingabe bei Pawlowfistelhunden."

— Stöhr, Dr. Adolf. Psychologie der Aussage. Das Recht, Sammlung von Abhandlungen für Juristen und Laien. Bd. IX/X. Berlin 1911.

Verf. bespricht zuerst die Voraussetzungen der Aussage und Suggestion und geht dann zur Aussage selbst über, die er in eine universalpsychologische und differentiellpsychologische teilt. Den Schluß bildet die Deutung der Aussage und ein zusammenfassender kritischer Rückblick.

Bei der großen Bedeutung, welche die Psychologie der Aussage besonders für das Strafrecht besitzt, war es eine dankenswerte Aufgabe, die sich Verfasser stellte und die er in leicht verständlicher und klarer Weise gelöst hat. Nicht nur der Jurist, sondern auch der Laie wird unschwer erkennen, wie leicht, bewußt oder noch mehr unbewußt, Irrtümer bei jeder Wiedergabe eines psychischen Tatbestandes unterlaufen können und wie daher die größte Kritik und Vorsicht dringend geboten erscheint.

Kürbitz-Sonnenstein.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Bayern.** Verliehen wurde: der Titel eines Königlichen Medizinalrates: dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach Dr. Adolf Herfeldt, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee Dr. Otto Karl Dees, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren Dr. Alfred Prinzing; der Titel und Rang eines königlichen Oberarztes: den Anstaltsärzten an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee Dr. Joseph v. Schleiß-Löwenfeld, an der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing Dr. Franz Sendtner, an der Heil- und Pflegeanstalt Haar Dr. Albert Imhof, an der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen Dr. Wilhelm Oppermann, an der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach Dr. Karl Schwarz, an der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen Dr. Joseph Klüber; der Rang eines königlichen Oberarztes: dem Oberarzt und Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth Dr. Joseph Fritz.

— **Galkhausen** bei Langenfeld, Rhld. Oberarzt Dr. Kerris von Galkhausen nach Johannistal, Oberarzt Dr. Liebert von Johannistal nach Galkhausen versetzt.

Therapeutisches.

Über pharmakodynamische Einflüsse auf den opsonischen Index. Von Professor Dr. med. Strubell, Dresden. Medizinische Klinik Nr. 35 (1. Sept. 1912).

Verfasser findet, daß die Herabsetzung des opsonischen Index, welche eine regelmäßige Folge der Einverleibung von Jodalkalien bildet, verspätet eintritt bei Darreichung von Jodglidine an Stelle der ersteren. Es ist dies ein neuer Beweis für die therapeutisch bedeutungsvolle langsamere und gleichmäßigere Abspaltung des Jods im Körper aus dieser Arzneiform.

Ein Fall von Glaucoma simplex, erfolgreich behandelt nach von Arlt mit Pilocarpin und Dionin. Von Dr. Paul Greven in Aachen. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 1912, Nr. 40).

Die Mitteilung bestätigt den Nutzen der von Arlt vorgeschlagenen kombinierten Pilocarpin-Dionin-Behandlung des Glaukoms.

Der fragliche Fall betrifft eine 68jährige Patientin, die angibt, seit 9 Wochen auf dem rechten Auge wie durch Nebel zu sehen, manchmal auch leichten Schmerz im Auge und in der rechten Kopfhälfte zu haben. Bis jetzt nur mit Umschlägen behandelt. Die Untersuchung vom 15. April 1912 ergibt: Rechtes Auge: Tension bedeutend erhöht + 3. Augenhintergrund nur verschleiert sichtbar. S. rechts = 2/30; mit Gläsern keine Besserung. Das linke Auge zeigt normalen Befund, ist indessen auch amblyopisch.

Sofort aufeinander folgende Anwendung von Pilocarpin mur. pulv. Merck und Dionin pulv. Am 18. April war die Tension des rechten Auges fast normal, die Pupille eng, S. = 5/30 bis 5/25. Wiederholte Anwendung von gepulvertem Pilocarpin und Dionin, zu Hause Einträufelung von 1 proz. Pilocarpinlösung 2 mal täglich.

Fortschreitende Besserung. Befund am 14. Juni:

R + 2,0 D. S. = 5/8 + 4,0 D. in der Nähe 0,25/0,50.
L + 1,5 D. S. = 5/8 + 4,0 D. in der Nähe 0,25/0,40.

Gesichtsfeld rechts: medialwärts 45°, oben 45°, lateralwärts 50°, unten 40°.

Die Besserung des Zustandes dauert an.

Fibrolysin bei Urethralstenose. Von Dr. Luigi Marchetti. (Rivista Medica, April 1912).

27jähriger Patient, der im Alter von 7 Jahren beim Spiel

auf eine eiserne Stange gefallen war, vermochte seitdem nicht mehr auf dem gewöhnlichen Wege zu urinieren. Nach einer vor 3 Jahren vorgenommenen Urethraplastik blieb an der Stelle, an der früher die Fistel bestand, eine narbige Striktur zurück, die allen Dilatationsversuchen trotzte. Bereits nach der 1. Fibrolysin-Injektion gelang die Sondierung leichter. Patient bemerkte, daß das Urinieren weniger beschwerlich war. Da die nach 10 Injektionen erzielte Besserung nicht andauerte wurde eine zweite Kur von 20 Injektionen vorgenommen, mit dem Erfolge, daß der Betreffende sich nunmehr seit 3 Jahren ausgezeichneter Gesundheit erfreut und von allen Beschwerden frei ist.

Ein neues Schlafmittel. Von Dr. A. P. Yonge, London. Med. Press and Circular, 19. Juni, 1912.

Kurze Mitteilungen einiger Beobachtungen über die Wirkung von Aponal. Es wird die Milde und Schnelligkeit der Wirkung und das Ausbleiben unangenehmer Nebenwirkungen, wie Benommenheit und Gefühl der Erschöpfung beim Aufwachen, hervorgehoben. Dosis $^1/_2$ bis 1 g.

Pellidol und Azodolen (Kalle & Co., A.-G. Biebrich) zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese. Vorläufige Mitteilung von Dr. Bantlin in Gießen. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 39, 1912.)

Brandwunden epithelisierten unter Pellidol- bzw. Azodolensalben überraschend schnell; bei der Behandlung von Intertrigo mit starken Epithelverlustsn war man auch hier von der raschen Heilung überrascht. Auch bei Behandlung der bei Kindern mit exsudativer Diathese so häufigen Exzeme hatte man entschieden den Eindruck, mit Pellidol- und Azodolenbehandlung rascher als mit den früheren Behandlungsmethoden zum Ziele zu kommen. „Zur Behandlung mit genannten Salben kamen Ekzeme in allen Stadien: nässende, krustöse, schuppende, trockene. Bei allen zeigte sich ein rasches Zurückgehen der Reizerscheinungen: die nässenden Stellen trockneten, die Krusten lösten sich los, die Schuppung ließ nach, der quälende Juckreiz ließ fast von einem zum andern Tag nach; gewöhnlich erzählten die Mütter schon nach wenigen Tagen freudestrahlend, daß das vorher bei Nacht durch den Juckreiz so unruhige Kind wieder gute Nächte habe. Mit dieser Besserung ging auch meist rasch ein Nachlaß der bei den schon länger bestehenden Ekzemen derben Infiltrationen der Kutis einher, was vielleicht die jucklindernde Wirkung der Salben erklärt: mit einem gewissen Behagen konnte man über die vorher so derben, jetzt wenn auch noch roten, doch zarten und weichen Stellen wegstreichen."

„. . . . Wir haben so den Eindruck gewonnen, daß das Pellidol ein wirksames Mittel in der Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese darstellt, das sich für alle Stadien derselben eignet und unschädlich ist, so daß es ohne Sorge jeder Mutter in die Hand gegeben werden kann. . . ."

Druckfehler-Berichtigung.

In der **Beschreibung der Heilanstalt Haar,** in Nr. 40 dieser Wochenschrift, Seite 476, linke Spalte, Zeile 11 und 12 von unten, muß es statt: 5 Pavillone mit 280 Betten für **unruhige** . . . Kranke — heißen: 5 Pavillone mit 280 Betten für **ruhige** . . . Kranke.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale - Fernspr. Nr. 823

Nr. 42. 18. Januar 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Zweiter Bericht der Möbius-Stiftung.

Der erste Bericht der Möbius-Stiftung wurde in Nr. 16 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift vom 11. Juli 1908, Band X, veröffentlicht. Dem Wunsch und der Erwartung Aller, die in dankenswerter Opferwilligkeit ihr Interesse an der Stiftung bei der Gründung wie während der weiteren Gestaltung bekundet haben, dürfte es entsprechen, wenn jetzt, nach Ablauf der ersten fünf Jahre, über die bisherige Entwicklung berichtet wird.

Das wichtigste Ereignis in dieser Zeit war die in künstlerischer und idealer Hinsicht äußerst wertvolle Bereicherung der Stiftung durch eine Möbius-Plakette, welche Herr Bildhauer Prof. Max Lange in Leipzig-Gohlis geschaffen und der Stiftung zugewendet hat. Die Schenkung war im ersten Bericht bereits angekündigt worden. Nunmehr hat sie in urkundlicher Form Rechtskraft und seitens des Königl. Sächs. Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts Genehmigung erlangt.

Wir bringen die Urkunde im nachstehenden zum Abdruck und fügen die photographische Reproduktion der Möbius-Plakette an.

Nachtrag zu den Satzungen der Möbius-Stiftung vom 24. Februar 1908.

Ziffer 6 der Satzungen der Möbius-Stiftung vom 24. Februar 1908 erhält die folgende Fassung:

Ziffer 6. Der Preis besteht jedesmal in dem zweijährigen, um die Verwaltungskosten gekürzten Ertrag des Vermögens, es können jedoch durch die Preisrichter mehrere statt des einen Preises verliehen werden, die in gleichen oder verschieden großen Teilen jenes Ertrages bestehen.

Neben dem Preise wird die vom Bildhauer Professor Max Lange in Leipzig gestiftete Möbiusplakette verliehen. Diese, eine doppelseitige Bronzeplakette (auf der einen Seite die Abbildung von P. J. Möbius zeigend, auf der anderen die Bezeichnung: „Ehrengabe der Möbius-Stiftung“ und den Namen des Preisträgers mit dem Jahre der Verleihung tragend) wird als Ehrengabe sowohl dem A- als dem B-Preise beigefügt. Wird der Preis in mehrere Preise zerlegt, so ist jedem der Preise eine Plakette beizugeben. Die Gußform für diese Plakette, welche der Stiftung vom Künstler als Geschenk überwiesen worden ist, wird im kunstgewerblichen Museum der Stadt Leipzig aufbewahrt. Es gelten für die Verwendung im allgemeinen und im besonderen die Bestimmungen der Schenkungsurkunde, die als Anlage der Satzungen zu führen ist

Die Kosten der Herstellung der Plaketten fallen unter die Verwaltungskosten.

Der Vorstand der Möbius-Stiftung.

Lüben i. Schl., den 2. März 1912.

gez. Dr. Bresler.

Leipzig, den 4. März 1912

gez. Geheimer Medizinalrat Dr. Lehmann.

Frankfurt a. M., den 5. März 1912.

gez. Dr. Ludwig Edinger.

Das Ministerium des Kultus und öffentlichen Unterrichts hat den vorstehenden Nachtrag zu den Satzungen der Möbius-Stiftung genehmigt und hierüber dieses Dekret ausgestellt.

Dresden, den 6. April 1912.

Ministerium des Kultus und öffentlichen Unterrichts.
(Siegel) gez. A. Beck.

Schenkungsurkunde betreffend die Ehrengabe der Möbius-Stiftung.

Hierdurch überweise ich der Möbius-Stiftung die Original-Gußform für eine doppelseitige Bronzeplakette als Geschenk.

Die Vorderseite weist das Profil-Portrait von P J. Möbius nebst Geburts- und Todesjahr auf; die Rückseite, mit einer Randverzierung (die vier Temperamente versehen, zeigt die Aufschrift: Ehrengabe der Möbius-Stiftung und enthält hierunter den nötigen freien Raum zum Eingravieren der Namen der jeweiligen Preisträger.

Die Verwendung ist so gedacht, daß jeder mit einem

Preise der Möbius-Stiftung' Bedachte ein Exemplar der Plakette als Ehrengabe erhält, und ist auf dieses Exemplar der Name und Wohnort des Preisträgers, desgleichen das Jahr der Verleihung einzugravieren.

Bedingung ist, daß — solange die Möbius-Stiftung in Tätigkeit ist — eine Verleihung der Geldpreise mit der der Ehrengabe unzertrennbar verknüpft bleibt.

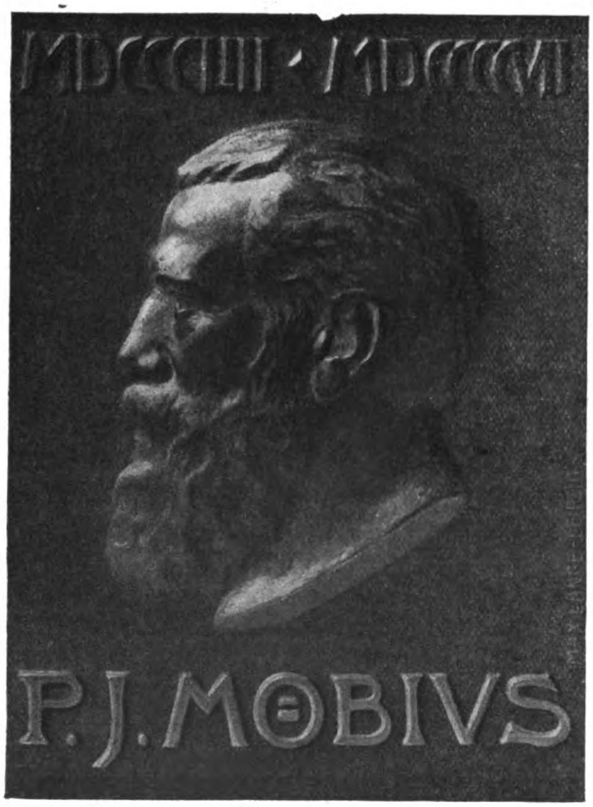
Sollte die Möbius-Stiftung in dem Sinne der Preisverteilung für wissenschaftliche Arbeiten eingehen, so ist mir resp. meinen Erben die Form wieder zuzustellen.

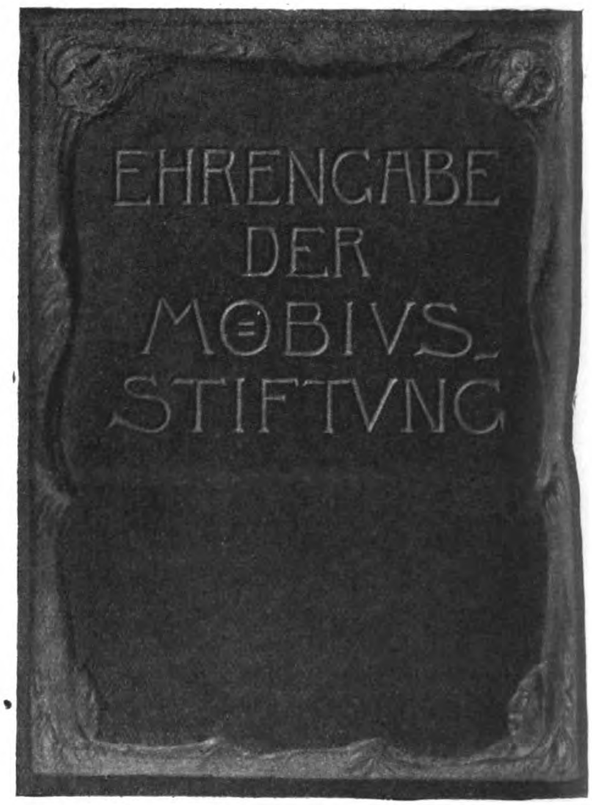
Die Form ist an sicherer Stelle aufzubewahren und wird sich der Stiftungsvorstand mit dem Stiftungsamt resp. dem Rate der Stadt Leipzig über einen geeigneten Ort ins Einvernehmen zu setzen haben.

Leipzig, den 25. November 1911.

gez. Prof. Max Lange, Bildhauer.

Mit der Aufbewahrung der Form im kunstgewerblichen Museum der Stadt Leipzig, welches der Rat der Stadt in freundlicher Weise zur Verfügung stellt, ist der oben Unterzeichnete sehr wohl einverstanden. D. O.





Im übrigen dient diese doppelseitige Möbius-Plakette nur zur Preisverteilung und ist für andere Personen nicht erhältlich.

Der Stiftungsvorstand hat dafür zu sorgen, daß die benötigten Exemplare beizeiten bestellt werden, damit die Verteilung zusammen mit den Geldpreisen gewährleistet ist.

Die Herstellung der Plaketten hat in der Bronzegießerei Aktien-Gesellschaft vorm. H. Gladenbeck & Sohn, Friedrichshagen b. Berlin (die Verfertigerin der Gußform) zu geschehen, woselbst auch, für den Fall die Namen der Preisträger schon feststehen, diese gleich eingraviert werden können, sonst sind diese der Einfachheit halber bei einem Leipziger Graveur einarbeiten zu lassen.

Als Reservatrecht behalte ich mir vor: die Form zwecks Gusses von Plaketten mir ausbitten zu dürfen, falls ich deren für Museums- resp. Sammlungszwecke bedürfen sollte.

Betont sei aber nochmals, daß sonst Niemand, der nicht Preisträger ist, in Besitz der Ehrengaben-Plakette gelangen kann und daß die Rechtmäßigkeit des Besitzes durch die Eingravierung des Namens und der Jahreszahl attestiert wird.

Hierbei möchten wir nicht unterlassen, Herrn Prof. Lange auch an dieser Stelle den besten Dank auszusprechen für sein überaus sinnvolles Geschenk, das die Zierde der Stiftung bildet.

Was die Vermögensverhältnisse der Stiftung anlangt, so ist das Kapital von den 6675,00 Mark, mit welchen sie das Licht der Welt erblickte, bis zum Schluß des Jahres 1912 auf 9656,44 Mark angewachsen.

Da auf die im Jahre 1908 ausgeschriebene Preisaufgabe eine Arbeit nicht einging, konnte der nicht für Verwaltungskosten (Porto, Drucksachen bei der Gründung, 71,55 M.) benötigte Teil der Zinsen aus den Jahren 1908 und 1909 in Höhe von 348,39 M. zum Kapital gelegt werden.

In den Jahren 1910 bis 1912 erfuhr das letztere folgenden Zuwachs:

Ergebnis einer Sammlung beim IV. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke, Berlin, 1910	50,— M.
(nämlich von den Herren: van Deventer nebst Frau, Dr. Marie, Dr. Buffet, Dr. Raschid Thassin Bey, Dr. Percy Smith, Dr. John Macpherson).	
Ergebnis des Werkes: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild, 1911	1000,00 „
Im Jahre 1912:	
Von Frau S. in L.	10,00 „
Weiterer Ertrag aus vorstehendem Werke	645,00 „
Ertrag aus der Versendung einer Schrift (Quittung über die einzelnen Beiträge ist in den Nrn. 22, 33 und 37 der Psych.-Neurol. Wochenschrift, Bd. XIV, erfolgt.)	295,75 „
Spende des Provinzialausschusses der Provinz Brandenburg	100,00 „

Anfang des Jahres 1912, nach Ablauf des, den Statuten entsprechend, auf die Jahre 1910 und 1911 sich erstreckenden — zweiten — Prämiierungsturnus, fand zum ersten Male eine Prämiierung statt. Zur Verfügung standen 611,34 M. Zinsen. Preise erhielten die Herren Prof. Dr. Aloys Alzheimer (München) und Oberarzt Dr. Emil Reiß (Frankfurt a. M.), jeder der beiden Herren außerdem die Ehrenplakette. Bestimmend für die Zuerteilung des Preises waren bei Herrn Prof. Dr. Alzheimer seine ebenso bahnbrechenden wie ergebnisreichen Untersuchungen über die feinere Histologie der Hirnrinde bei gewissen Geisteskrankheiten, bei Herrn Oberarzt Dr. Reiß seine an neuen Gesichtspunkten und Feststellungen reiche Studie über die elektrische Entartungsreaktion.

Ein Teil dieser Zinsen wurde auf Herstellung von Plaketten (67,50 M.) und Diplomformularen (45,50 M.) sowie zur Deckung einiger Verwaltungskosten (17,75 M.) verwendet. (Eine Mehrausgabe von 19,41 M. kam zustande dadurch, daß, um für später Kosten zu ersparen, ein Vorrat in Diplomformularen und Plaketten angeschafft worden ist; sie kommt also der nächsten Jahresrechnung zugute.)

Für die nächste Prämiierung, welche Anfang des Jahres 1914 stattzufinden hat, wird folgende Preisaufgabe gestellt: Die Erfolge der operativen Behandlung des Morbus Basedow.

Die Preisarbeiten sind bis zum 1. Oktober 1913 in Begleitung eines versiegelten Zettels mit dem Namen des Verfassers und einem auf das Kuvert geschriebenen Motto, demjenigen entsprechend, welches die Arbeit selbst trägt, an Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Strümpell (Leipzig) eingeschrieben einzusenden.

Mit Anfang des Jahres 1913 läuft die fünfjährige Wahlperiode des gegenwärtigen Vorstands der Möbius-Stiftung ab. Für die nächsten fünf Jahre wurden zu Vorstandsmitgliedern gewählt: vom Vorstand der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte die Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Strümpell-Leipzig (als Vorsitzender) und San.-Rat Prof. Dr. Bruns-Hannover, vom Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie Herr Geh. Med.-Rat Dr. Lehmann in Leipzig-Dösen (§ 3 der Statuten).

Wir überreichen den vorstehenden Bericht den sehr geehrten Gönnern der Möbius-Stiftung mit dem Ausdruck herzlichsten Dankes für Alles, womit sie die Stiftung gefördert haben, und mit der Bitte, derselben auch fernerhin ihr freundliches Interesse bewahren und, wo sich geeignete Gelegenheit bietet, die Zuwendung von Schenkungen an die Stiftung empfehlen zu wollen, damit sie in immer größerem Umfange ihre Aufgabe erfüllen kann.

Das Vermögen der Möbius-Stiftung wird (statutengemäß) von dem „Stiftungsamt des Rats der Stadt Leipzig" verwahrt und verwaltet, dem wir hierfür und insbesondere für das uns dabei stets bewiesene überaus freundliche Entgegenkommen ebenfalls unseren besten Dank abstatten. Spenden wolle man an diese Adresse (mit der Bezeichnung: Für die Möbius-Stiftung) direkt oder durch eines der Vorstandsmitglieder leiten.

Einen Vermögens- und Rechnungsbericht der Stiftungsbuchhalterei lassen wir folgen.

Ende 1912.

Dr. Lehmann, Geh. Med.-Rat, Leipzig-Dösen.
Prof. Dr. Ludwig Edinger, Frankfurt a. M.
Oberarzt Dr. Bresler, Lüben i. Schl.

Bericht der Stiftungsbuchhalterei.

		M.
1908.	4proz. Chemnitzer Straßenb.-Obl.	5000,—
	4proz. Dresdener Stadtanleihe	1000,—
	von E. M., Chemische Fabrik, Darmstadt .	500,—
	„ Herrn Verlagsbuchhändler Arthur Meiner in Fa. J. A. Barth, Leipzig	150,—
	von Herrn G. Thieme, Verlagsbuchhändler, Leipzig	25,—
	von Herrn Prof. Dr. E. Schultze	10,—
	Beitrag der Ges. deutscher Nervenärzte . .	300,—
	vom Verein Ostdeutscher Irrenärzte . . .	50,—
	von Herrn Hofrat Dr. Obersteiner, Wien .	25,—

		M.
1909.	Beitrag der Berliner Ges. für Psychiatrie . .	100,—
	Zinsen 1908: 134,79 M., abzüglich 71,55 M. Unkosten	62,64
	Zinsen 1909	285,75
1910.	Sammlung beim IV intern. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin . . .	50,—
1911.	von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung . .	1000,—
1912.	„ Frau M. S. in L.	10,—
	durch Dr. Bresler	120,—
	do.	125,60
	do.	11,95
	von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung . .	650,—
	durch Brandenb. Landeshauptkasse vom Brandenb. Prov.-Ausschuß	100,—
	durch Dr. Bresler	29,35
	do.	8 70
	Summe:	9656,44

die vorhanden sind in:

500,—	M.	Deutscher Reichsschatzanweisung,
1000,—	„	3proz. Sächsischer Rente,
1000,—	„	3,5 proz. Leipziger Stadtanleihe v. 1887 I,
1600,—	„	„ „ „ „ 1904,
5000,—	„	4proz. Chemnitzer Straßenb.-Obl.,
1000,—	„	„ Dresdener Stadtanleihe,
211,84	„	Guthaben bei der Sparkasse.

Die Zinsen aus 1908 und 1909 sind zum Vermögen geschlagen worden.

	M.	M.
Zinsen 1910: 290,63 M., abzügl. M. Portoauslagen	289,63	
Zinsen 1911: 322,01 M., abzüglich 0,30 M. Schlußnotenstempel	321,71	611,34
Stiftungsgemäß verwendete Zinsen:		
Prof. Dr. Alzheimer	300,—	
Oberarzt Dr. Reiß	200,—	
Porti, Schlußnotenstempel, Verwaltungsgebühr, Diplome (45,50 M.), Plaketten (67,50 M.)	130,75	630,75
Mehrausgabe:		19,41
Zinsen 1912		341,83

Nachtrag bei der Korrektur.

In der letzten Zeit sind noch folgende Beiträge eingegangen, worüber mit bestem Dank quittiert wird:

von Herrn Med.-Rat Dr. Alter, Lindenhaus bei Lemgo . . . . M. 1,—

von Herrn Oberarzt Dr. Hobohm, Bethel bei Bielefeld . . . . „ 2,—

von Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Bieberbach, Heppenheim a. d. B. . . . . „ 5,—

Errichtung einer neuen Heilanstalt der Provinz Sachsen in Mühlhausen in Th.

Die Zunahme der Bevölkerungsdichtigkeit und die vermehrte Neigung der Familien, ihre geisteskranken Angehörigen des Segens der Pflege in einer öffentlichen Anstalt teilhaftig zu machen, hat einen ständig wachsenden Zudrang zu den Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Sachsen zur Folge gehabt. Nach den bisherigen Erfahrungen wächst die Zahl der in der Fürsorge des Provinzial-Verbandes Sachsen stehenden Geisteskranken jährlich um mindestens 150 Köpfe, so daß fortlaufend die vorhandenen Krankenplätze um diese Zahl vermehrt werden müssen, wenn eine Überbelegung vermieden werden soll. Trotzdem in den Jahren 1908 und 1909 das Landesasyl Jerichow durch Neubauten um 250 Betten erweitert und gleichzeitig ein Verwahrungshaus für 56 geisteskranke Verbrecher bei der Anstalt Nietleben erbaut war, sah sich doch der im Jahre 1910 tagende Landtag der Provinz gezwungen, die Errichtung einer neuen großen Heilanstalt zu beschließen, um der wachsenden Überbelegung der vorhandenen Anstalten zu begegnen. Ihre Erweiterung konnte nicht mehr in Frage kommen, nachdem die Ausdehnung von Alt-Scherbitz mit 1225 und Uchtspringe mit 1450 Kranken bereits großen Bedenken bei Sachverständigen begegnete und bei den übrigen Anstalten die wirtschaftlichen Zentraleinrichtungen bis zur Grenze ihrer Leistungsfähigkeit beansprucht waren und sich ohne unverhältnismäßig hohe Aufwendungen nicht mehr vergrößern ließen.

Für den Bau der neuen Anstalt war durch Herrn Prof. Dr. Alt, den Direktor der Heilanstalt Uchtspringe, ein allgemeines Bauprogramm aufgestellt, in welchem dieser Sachverständige seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete des Baues von Irrenanstalten niedergelegt hatte. Er begrenzte die Zahl der Krankenplätze auf 800, da eine stärkere Belegung nicht mehr wohl mit der einheitlichen Verwaltung und ärztlichen Oberleitung zu vereinbaren sei. Von dieser Gesamtzahl sollte ein geringer Teil, 5% etwa, nicht in den eigentlichen Krankengebäuden, sondern in der Häuslichkeit derjenigen Pfleger und niederen Angestellten, die auch schon im Interesse des Dienstes ein eigenes für diesen Zweck erbautes Häuschen in der nächsten Nähe der Anstalt bewohnen, untergebracht werden. Ob sich an die Anstalt als Stützpunkt eine ausgedehntere Familienpflege angliedern lassen würde, die in loseren Zusammenhang, als freie Kolonie einem nahezu mit voller Selbständigkeit

arbeitenden älteren Arzt zu unterstellen sein würde, wollte der Herr Sachverständige davon abhängig machen, ob die für den Anstaltsneubau zu wählende Gegend sich für diesen Zweck als geeignet erweise.

Etwa 5% der Krankenplätze sollten für die sogenannten Pensionäre (Kranke I. und II. Klasse) bestimmt werden, da die Fürsorge für Geisteskranke besser gestellter Volksschichten, wenn sie auch nicht zu den gesetzlichen Pflichten der Provinzen gehöre, doch in zahlreichen Fällen eine große Wohltat für Kranke und Angehörige bedeute und für die Anstalt selbst aus verschiedenen Gründen — insbesondere für die Heranbildung des Pflegepersonals und für die wissenschaftliche Weiterbildung der Ärzte — durchaus wünschenswert sei. — Die noch übrig bleibenden 90% = 720 Kranken sollten gruppenweise nach der Art ihres Krankheitszustandes gegliedert und in Pavillons untergebracht werden, deren Größe und Bauart ihren besonderen Zwecken angepaßt werden müßte, ohne doch dadurch ein für allemal eine unabänderliche Benutzung im späteren Gebrauch vorzuschreiben. Die Höchstbelegung dieser Pavillons sollte so begrenzt werden, daß der Hauspfleger noch jeden einzelnen Kranken genau kennen lernen und dementsprechend individuell behandeln könne, und daß eine ausreichende Trennung der nicht zusammenpassenden Kranken durchführbar sei. So ergaben sich folgende Haustypen für jedes Geschlecht:

1 Aufnahmehaus für	30	Betten
1 Unruhigenhaus für	35	"
1 Übergangshaus für	40	"
1 Lazarett für	35	"
1 Pflegehaus (einschl. der Tuberkulose-abteilung) für	40	"
4 offene Villen mit je 45 Betten für	180	"
eine Pensionärvilla für	20	"
In Pflegerwohnungen	20	"
zusammen	400	Betten.

Für Männer und Frauen zus. also 800 Betten.

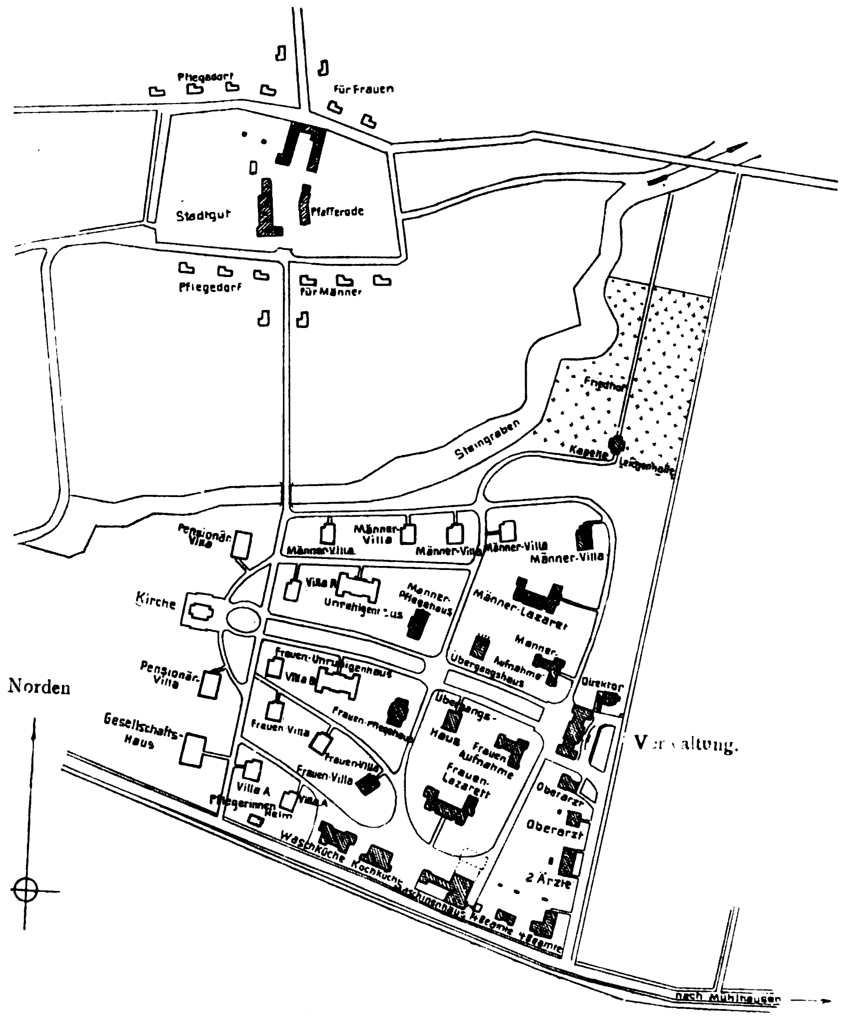
Der Herr Sachverständige gab weiter bis ins einzelne gehende, scharf umrissene Darstellungen des Charakters jedes dieser Gebäude und der dadurch bedingten Raumgruppierungen und Abmessungen. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, ihm hierin zu folgen. Da seine Ansichten aber von dem Direktor der neuen Anstalt, Herrn Sanitätsrat Dr. Schmidt, geteilt werden, so ist das Altsche Bauprogramm mit seinen eingehenden Ratschlägen bei der Planbearbeitung als Richtschnur beobachtet und nur in solchen Fällen verlassen, wo besondere, zum Teil in den örtlichen Verhältnissen liegende Umstände dagegen sprachen.

Die Anstalt wird bei Mühlhausen in Th., einer alten, schönen, ehemals freien Reichsstadt von 35000 Einwohnern, erbaut, wo der Provinzial-Verband ein über 1000 Morgen großes, zusammenhängendes und nicht von öffentlichen Wegen durchschnittenes Gelände, dessen Hauptbestandteil das Gut Pfafferode ausmacht, erworben hat. Die Baustelle liegt an der Provinzialstraße von Mühlhausen nach Eigenrieden, etwa 2,5 km von der Stadtgrenze entfernt und ist durch eine elektrische Straßenbahn mit dem Bahnhof Mühlhausen, der in einer Entfernung von etwa 5,0 km liegt, verbunden. An der Landstraße entlang, in unmittelbarem Anschluß an die Straßenbahn, liegen eine Reihe von Beamtenwohnungen und die der zentralen Bewirtschaftung dienenden Gebäude, das Maschinenhaus, die Speiseküche und die Waschküche. Da das Gelände von Osten nach Westen und von Süden nach Norden nicht unbeträchtlich steigt (im Mittel etwa wie 1:20), liegt das Maschinenhaus, von welchem Rohrleitungen das ganze Gelände mit einem Netz durchziehen, hier zweckmäßig an dem tiefsten Punkt der Baustelle. Es enthält neben der Kessel- und Maschinenanlage größere Werkstätten für Schmiede und Schlosser und ein Zentralbad für Angestellte und für Familienpfleglinge, die in Häusern ohne Badegelegenheit untergebracht sind. Von dem Maschinenhause führen Rohre den hochgespannten Dampf in einem begehbaren Kanale zu den nahegelegenen Speise- und Waschküchen. Diese sind baulich ganz voneinander getrennt, wodurch es ermöglicht ist, die erforderlichen großen und zahlreichen Räume für die Speisebereitung und die Wäschebearbeitung, ohne jede beengende Rücksichtnahme aufeinander, zweckmäßig anzuordnen. Während in der Waschküche auch das Obergeschoß in der Hauptsache für den Betrieb der Wäscherei ausgenutzt wird, ist das Obergeschoß der Speiseküche zu Wohn- und Schlafräumen für weibliches Personal ausgebaut. Diese Gebäudegruppe ist durch günstig geführte Wege in tunlichst kurze Verbindung mit allen Krankengebäuden gebracht, welche über eine Fläche von etwa 100 Morgen zerstreut liegen.

Bei der Haltestelle der Straßenbahn führt senkrecht von der Provinzialstraße ein kurzer Zufahrtsweg, an welchem die Wohnungen des Inspektors und anderer Beamten, der verheirateten Ärzte und des Direktors erbaut sind, zu dem Verwaltungsgebäude, welches an einem stattlichen Vorplatz liegt, sich mit seiner Breitseite der Stadt Mühlhausen zukehrt und

eine herrliche Aussicht über die etwa 100 m tiefer liegende turmreiche Stadt und die Thüringer Berge bietet. Das Erdgeschoß des Gebäudes enthält in dem einen Flügel die Verwaltungsräume, die Kasse und die Apotheke und, durch eine geräumige Wartehalle damit verbunden, in dem anderen Flügel die Arbeitsräume und Sprechzimmer des Direktors und der Oberärzte, ein Konferenzzimmer und Räume für wissenschaftliche Arbeiten. Im Obergeschoß sind das Ärztekasino und Wohnungen für fünf unverheiratete Ärzte untergebracht.

Hinter dem Verwaltungsgebäude beginnt eine breite doppelte Fahrstraße, welche etwa parallel zu der Provinzialchaussee verlaufend die Krankengebäude in zwei große Gruppen, für Frauen nach der Seite des Wirtschaftsbetriebes, für Männer nach der Seite der landwirtschaftlichen Arbeitsplätze hin, zerlegt. Die Lage der einzelnen Krankengebäude ist so gewählt, daß dem Verwaltungsgebäude, als der Zentralstelle für die innere und äußere Leitung und dem Sitz der Ärzte, zunächst diejenigen Häuser liegen, welche am meisten der Überwachung und des persönlichen Eingreifens der Ärzte und des Direktors bedürfen, also die Aufnahmegebäude, Lazarette, Übergangs-, Pflege- und Wachhäuser, während die freien Villen weiter an die Peripherie des Anstaltsbezirkes hinausgeschoben sind, und die Pensionärvillen, mit dem Gesellschaftshaus zu einer baulichen Gruppe verbunden, beim Übergang aus der inneren Anstalt in das freie, parkähnlich auszugestaltende Gelände liegen.



Die schraffierten Gebäude sind bereits fertiggestellt.

Mit besonderer Liebe ist das Aufnahmegebäude durchgebildet. Nach dem Altschen Programm sollte dies Haus tunlichst wenig an eine Anstalt für Geisteskranke gemahnen, damit die Kranken bei ihrer Einlieferung und ihre Angehörigen bei der Trennung

von ihren Familiengliedern den Eindruck gewinnen möchten, „daß alles zweckmäßig durchdacht und wohltuend freundlich angelegt und geregelt ist". Deshalb ist hier davon Abstand genommen, die Kranken ausnahmslos zur ersten Beobachtung in größere Wachsäle zu bringen, wo eine Fülle neuer, oft beängstigender Eindrücke auf sie einstürmt, oder ihre eigene Erregung die Ruhe der übrigen Insassen gefährdet. Die ärztliche Untersuchung entscheidet, ob der Kranke nicht zweckmäßig zunächst in einem der kleinen Räume verbleibt (mit ein bis drei Betten), die von dem ärztlichen Untersuchungszimmer, nach dem Passieren des Aufnahmebades erreicht werden können, ohne daß ein Wachsaal durchschritten wird. Sämtliche Räume für Kranke liegen ebenerdig, darunter auch einige feste Zimmer, während für das Pflegepersonal im Dachgeschoß ruhige Zimmer ausgebaut sind. — Zunächst dem Aufnahmegebäude iegen die sogenannten Übergangshäuser, welche den Kranken größere Bewegungsfreiheit bei steter Überwachung bieten, und von welchen nach einiger Zeit je nach der Art der Kranken die Überführung in eine freie Villa oder in ein Wachhaus erfolgt. Die Übergangshäuser sind zweigeschossig und bilden eine Abart des Typs der offenen Villen. In jedem Stockwerk sind die Wohn-, Schlaf- und Nebenräume für eine Abteilung vereinigt. Zwischen dem Aufnahmegebäude und dem Übergangshause, aber gegen ihre Bauflucht erheblich zurückgeschoben, so daß sich zwischen den drei Häusern ein geräumiger, mit Anlagen geschmückter Platz ergibt, liegt das Lazarett. Die beiden eingeschossigen Lazarettbauten enthalten alle für die Behandlung körperlich Kranker erforderlichen Räume, zum Teil als große Säle, zum Teil als Einzelzimmer. Eine mit allen für eine selbständige Bewirtschaftung erforderlichen Räumen ausgestattete Abteilung für Infektionskranke ist jedem der Gebäude so angegliedert, daß sie erforderlichenfalls durch das Schließen einer Tür abgesondert werden kann, wobei ein kurzer gutlüftbarer Querflur zur wirksamen Trennung dient. Ein Operationssaal mit den erforderlichen Nebenräumen, zu denen auch einige kleine Zimmer für frisch operierte Männer gehören, ist dem Frauenlazarett angegliedert. — Das Lazarett bietet keine Räume für Sieche und Tuberkulöse; für diese ist das Pflegehaus bestimmt, welches in zwei Geschossen je eine Krankenabteilung aufnimmt. Geräumige nach Süden offene Liegehallen sind beiden Stockwerken vorgelagert, welche den Siechen auch bei unfreundlichem Wetter den Aufenthalt in frischer Luft gestatten werden.

Von den acht freien Villen, welche sich später in lockerer Ordnung um den inneren Kern der Anstalt reihen werden, sind zunächst nur zwei Gebäude aufgeführt, deren Grundriß eine weitere Entwicklung des bekannten, bewährten Uchtspringer Typs zeigt. Die Nebenräume (Teeküche, Bade- und Pflegerzimmer etc.) haben einen reichlicheren Zuschnitt erhalten und das Dachgeschoß ist zu ruhigen Wohnräumen für unverheiratete Pfleger ausgebaut. Die Neigung des Geländes ist dazu benutzt, an der Talseite im Keller luftige und helle Räume zu schaffen, die als Werkstätten verschiedener Art nutzbar gemacht werden sollen. — Außerhalb der eigentlichen Anstalt liegt am Eingang zu dem künftigen Begräbnisplatze die Friedhofskapelle mit Leichenhalle und mehreren Räumen, welche den Ärzten zum wissenschaftlichen Arbeiten dienen sollen. Die Kapelle ist so bemessen und ausgestattet, daß darin auch der katholische Gottesdienst für Kranke abgehalten werden kann. — Endlich ist auch die Gärtnerei mit den Gewächshäusern jetzt schon erbaut, damit die freundlichen Eindrücke des Blumenschmuckes in den Anstaltsräumen nicht fehlen.

Soweit ist die Anstalt nunmehr am Ende des ersten Bauabschnittes in allen wesentlichen Teilen fertiggestellt.

Im November 1912 trafen die ersten Kranken ein. Es können im ganzen 400 in den Gebäuden Aufnahme finden.

Es bleibt für den zweiten Bauabschnitt die Errichtung von sechs weiteren Villen, zwei Wachhäusern (für Unruhige), zwei Pensionärvillen und dem Gesellschaftshause, in dessen Untergeschoß außer dem Kasino für Pfleger noch geräumige Werkstätten für Tischler und Sattler untergebracht werden sollen. Die Anstaltskirche wird ihren Platz in der Nähe des Gutsgehöftes zwischen zwei kleinen Pflegerdörfern finden, deren Bewohner Kranke in Familienpflege aufnehmen sollen.

In betreff der wirtschaftlichen Versorgung der neuen Heilanstalt ist von Wichtigkeit, daß, da auf dem Anstaltsgelände trotz eifrigen Suchens keine ergiebige Wasserader gefunden ist, die vorzügliche städtische Quelle in Popperode zur Wasserversorgung benutzt werden konnte. Durch Druckpumpen wird das Wasser um etwa 100 m bis zu einem im Walde oberhalb der Anstalt gelegenen großen Sammelbehälter gehoben, von wo es allen Häusern mit dem erforderlichen Betriebsdruck zufließt. Die sämtlichen Abwässer werden zusammengeleitet und einem städtischen Hauptkanal zugeführt. Den zur Beleuchtung und zum Antrieb maschineller Anlagen erforderlichen Starkstrom liefert eine Überlandzentrale, deren

Sitz in Mühlhausen ist. Daneben ist noch eine Blaugasanlage ausgeführt, welche die Teeküchen mit Blaugas für Kochzwecke versorgt. Zur Beheizung der Krankenhäuser, Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude dient eine Warmwasserheizung, deren Wasser durch im Maschinenhaus stehende Pumpen in mehr oder weniger schnellen Umlauf versetzt wird. Von derselben Stelle aus wird auch warmes Wasser für Bade- und Aufwaschzwecke durch das ganze Gelände verteilt.

Die äußere Erscheinung der Gebäude ist in schlichten, aber gefälligen und sorgfältig durchgebildeten Formen, die einen einheitlichen Charakter zeigen, gehalten. Alle Gebäude sind mit roten Dachpfannen eingedeckt und ihre Wände mit Mörtel verputzt, der verschiedene Farbentöne aufweist. Das unweit der Baustelle gewonnene gute Travertingestein ist an geeigneter Stelle sparsam verwandt. Die Anstalt wird nach ihrer Vollendung und dem Heranwachsen der gärtnerischen Anlagen einen freundlichen und übersichtlichen Eindruck machen.

Ruprecht, Landesbaurat.

(Aus der Landes-Irrenanstalt Landsberg a. W. Direktor Dr. Riebeth.)

Erfahrungen mit dem Mastixverband nach v. Oettingen.

Von Dr. *Treiber*, Anstaltsarzt.

Die Kleinchirurgie bildet für den Arzt an der Irrenanstalt einen wichtigen und nicht uninteressanten Teil seiner Tätigkeit. Leichtere und schwerere Wunden sind häufig; bei dem dekrepiden Materiale der Siechenabteilungen läßt sich Dekubitus nie ganz vermeiden; Furunkel und deren Gefolge verlangen oft große Umsicht und Geduld seitens des Arztes; das Unterschenkelgeschwür ist ein häufiger Gast in der Irrenanstalt.

Dabei hat die Behandlung mit mancherlei Schwierigkeit zu kämpfen. Die Kranken, ohne Verständnis für ihre Wunden und Geschwüre, in nicht seltenen Fällen auch ohne Schmerzempfindung, setzen der regelrechten Behandlung energischen Widerstand entgegen, reißen die Verbände ab, fahren mit den Fingern in den Wunden herum, salben diese mit ihren Exkrementen ein, kurz, auf jede nur erdenkliche Weise wird der normale Wundverlauf gestört.

Weiterhin darf nicht außer acht gelassen werden, daß für selbstmordverdächtige Patienten die Binde ein willkommenes Mittel zur Erreichung ihrer auf Vernichtung des Lebens zielenden Pläne darstellt.

Ist somit die allgemein übliche Wundbehandlung für den Psychiater mit mancherlei Schwierigkeiten verknüpft, so muß er sich um so lieber einer Methode zuwenden, die berufen erscheint, den größten Teil dieser Kalamitäten aufzuheben.

Diese Bedingungen erfüllt aber ohne Frage die Wundbehandlung mit dem Mastixverband nach von Oettingen.*)

Die Methode wurde von Oettingen zuerst im russisch-japanischen Kriege erprobt, dann auch in großer Friedenspraxis mit vorzüglichem Erfolge geübt. Die Anwendung des Verbandes ist höchst einfach. Jede Reinigung der Wundumgebung wird unterlassen, letztere vielmehr ohne Rücksicht auf Schmutz und Blut mit der Mastixlösung (Mastix 20, Chloroform 50, Ol. Lini gtt XX) oder mit Mastisol bis unmittelbar zum Wundrande bepinselt. Nach wenigen Sekunden wird das Ganze mit einem Mullwattebausch bedeckt, der sofort festhaftet. Auf diese Weise wird eine Infektion der Wunde von der Umgebung her vermieden; denn nach v. Oettingens Versuchen werden durch die Mastixlösung die Bakterien in der Umgebung der Wunde arretiert, in ihrer Entwicklung gehemmt bezw. abgetötet. Der Bausch haftet unverschieblich; es ist also ausgeschlossen, daß Verbandteile, die erst auf der infizierten Umgebung gelegen haben, durch Verschieben des Verbandes mit der Wunde selbst in Berührung kommen. Ein weiterer Vorteil des Verbandes besteht darin, daß die Verdunstung aus der Wunde frei von statten gehen kann, wodurch er sich wesentlich vom Kollodium und Heftpflasterverband unterscheidet, und daß die Abnahme, eventuell nach vorheriger Anfeuchtung mit Benzin, ohne jede Schwierigkeit erfolgt.

Diese Verbandmethode steht an hiesiger Anstalt seit etwa $2^1/_2$ Jahren in Gebrauch und hat sich vorzüglich bewährt. Was sie vor anderen Methoden auszeichnet, ist ihre Einfachheit, Sicherheit, Schnelligkeit und Billigkeit.

Die Kranken werden durch die Wundbehandlung kaum belästigt. In wenigen Sekunden ist die Wunde, ohne daß der Patient Schmerzen empfindet, tadellos

*) Die Wundbehandlung mit dem Mastixverband. Zeitchrift für ärztliche Fortbildung, 1909, Nr. 22 u. 23.

abgeschlossen. Dabei ist das Ganze so einfach, daß die Mastixlösung ruhig auch ungeübteren Personen in die Hand gegeben werden kann, um so mehr, als ja jede Berührung der Wunde vermieden wird und alle Desinfektionsmittel wegfallen.

Selbstverständlich gibt es immer Geisteskranke, die auch die Mastixverbände abreißen. Doch bleibt in den meisten Fällen der Verband ruhig bis zum nächsten Wechsel sitzen, auch bei sehr Unruhigen, die sonst mit Vorliebe in kurzer Zeit den schönsten Verband von der Wunde entfernt, oder ihn wenigstens derart verschoben haben, daß sein Zweck illusorisch geworden ist.

Ganz besonders praktisch ist der Mastixverband an Körperstellen, an denen gewöhnliche Verbände nur schlecht halten, z. B. Nacken, Mitte des Rückens, Skrotum, Nates, Gesicht usw.

Über Haare hinweg kann ruhig gepinselt werden; denn diese kleben nicht am Verbandstoff, sondern an der Haut fest, verursachen also beim Abziehen keine Belästigung.

Gleitet der Pinsel über infizierte Flächen, so kann er ohne weiteres wieder in die Mastixflasche gesteckt werden. In der Lösung werden rasch alle Lebewesen unschädlich gemacht.

Hautreizungen kommen nur selten vor und sollen noch mehr durch das Mastisol*) vermieden werden.

Einen wesentlichen Vorteil bringt schließlich der Mastixverband durch seine Billigkeit. Die Lösung selbst kostet nur wenig und kann, wenn man nicht Mastisol vorzieht, in jeder Anstaltsapotheke hergestellt werden. Die Mullwattebäusche können fertig in steriler Packung zu 25 und 5 Stück bezogen oder aber mit Leichtigkeit vom Anstaltspersonal in beliebiger Größe hergestellt werden. An hiesiger Anstalt geschieht dies so, daß eine mehr oder minder dicke Lage Zellstoffwatte allseitig von Mull umschlossen und letztere durch einige Stiche festgeheftet wird.

*) Im Handel in Fläschchen mit Pinsel zu erhalten.

Für unsaubere Kranke haben wir die Mullwattebäusche an ihrer Außenseite noch mit einem Überzug von Guttapercha versehen, um auf diese Weise zu vermeiden, daß der Urin durch den Verband hindurch mit der Wunde in Berührung kommt.

Auf alle Fälle wird eine Menge Verbandstoff erspart, namentlich Binden und Watte, fernerhin Heftpflaster und Desinfizientien. Das Anwendungsgebiet des Mastixverbandes ist sehr groß. Wunden aller Art werden damit versorgt. Größere klaffende Wunden, die nicht genäht werden können, lassen sich mit ihm leicht zusammenziehen, so daß ihre Ränder einander genähert werden. Bei Furunkeln kommt außer der einfachen Verbandtechnik noch hinzu, daß durch das Bestreichen mit Mastixlösung die Umgebung einen gewissen Schutz erfährt. Selbstverständlich kann vor Anlegung des Verbandes die erkrankte Stelle in jeder beliebigen Weise behandelt werden. Neben der trockenen läßt sich auch die feuchte Wundbehandlung bei der neuen Methode leicht durchführen. Man braucht nur den angelegten Verband nach einiger Zeit mit der gewählten Flüssigkeit zu beträufeln und ihn mit einem impermeablen Stoffe zu bedecken.

Über die Leistungsfähigkeit des Mastixverbandes bei Knochenbrüchen, bei der Behandlung von Klump- und Plattfuß, wie er von chirurgischer Seite empfohlen wurde, stehen mir keine Erfahrungen zu Gebote.

Fassen wir unsere Erfahrungen kurz zusammen, so ergibt sich:

Der Mastixverband bedeutet einen großen Fortschritt in der Wundbehandlung.

Seine Hauptvorzüge sind: Einfachheit, Sicherheit, Schnelligkeit und Billigkeit.

Dieser Eigenschaften wegen kann er nicht warm genug für den Gebrauch an Irrenanstalten empfohlen werden.

Luminal bei Geisteskranken.*)

Von Dr. *G. Lomer.*

Ein neues prompt wirkendes Schlaf- und Beruhigungsmittel muß dem Psychiater immer willkommen sein. Nicht nur, weil es wertvoll ist, abwechseln und individualisieren zu können; sondern auch, weil die Zahl der wirklich guten Mittel nicht allzu groß ist, zumal den meisten von ihnen gewisse peinliche Nachwirkungen unausbleiblich anhaften. Besonders gilt das für die stark wirkenden Mittel, wie Morfin, Hyoscin u. a. So ist es denn Pflicht, jedes neu auf den Markt geworfene Narkotikum an geeignetem Material zu prüfen.

Aus diesem Grunde haben auch wir das jüngst

*) Aus der Großh. Landes-Irrenanstalt zu Strelitz (Alt).

empfohlene, von Bayer & Cie in Elberfeld hergestellte Luminal bei einer Anzahl von Fällen zur Anwendung gebracht, über welche hier in gedrängter Kürze berichtet sei.

Stets begannen wir mit kleinen Dosen, um sodann vorsichtig zu größeren überzugehen.

I. B., Paralytiker. Leichtere Erregungszustände mit Schlaflosigkeit. Erhielt bisher Veronal-Natrium in kleinen Dosen. Schlief zwei Nächte gut auf 0,1 Luminal Konnte in der dritten Nacht auf die gleiche Dosis schwer einschlafen, hatte nur wenig Schlaf. Von der vierten Nacht ab 0,2, dreizehn Tage lang. Immer guter Schlaf. Nur das letzte Mal unruhig, worauf die Dosis auf 0,3 erhöht wurde. Nach zwei Tagen ausgesetzt. Keine Nebenwirkungen.

II. S, Paralytiker. Oft, auch nachts, laut und lärmend. Bisher an Dormiol gewöhnt. Schlief auf 0,2 die erste Nacht gut, die zweite nur ein paar Stunden. Vom dritten bis fünften Tag je 0,3: guter Schlaf. In der sechsten Nacht auf dieselbe Dosis nur wenige Stunden Schlaf, dann sehr erregt und laut. Siebente bis neunzehnte Nacht auf 0,4 Luminal guter Schlaf. Keine Nebenwirkung.

III. R., sekundäre Demenz. Meist laut und lärmend. Bisher kein Mittel. Erhielt elf Tage lang 0,2 Luminal. Immer guter Schlaf. Keine Nebenwirkung.

IV. D., verblödeter Kranker. Oft laut. Bisher zuweilen Hyoscin. Schlief drei Nächte auf je 0,2 Luminal nur schlecht. Am vierten Abend 0,3 Luminal: guter Schlaf. Am fünften Abend 0,3: unruhiger Schlaf. Sechsten bis neunten Abend auf 0,4 Luminal guter Schlaf.

V. B., verblödeter Kranker Zuweilen schlaflos. Bisher Hyoscin und Sulfonal. Acht Nächte lang auf 0,2 Luminal guter Schlaf.

VI. W., verblödeter Kranker. Bisher Sulfonal. Schlief auf 0,3 nur wenig; auf 0,4 Luminal vier Nächte lang gut.

VII. M., syphilitische Pseudoparalyse in der Rekonvaleszenz, ausgesprochene Hypochondrie. Bisher zuweilen Veronal-Natrium. Der (sehr empfindliche) Patient äußert wenig Lust, das neue Mittel zu nehmen. Schlief auf 0,3 Luminal nur zwei bis drei Stunden lang, klagt über beängstigende Träume. Machte am Morgen den Eindruck eines Betrunkenen. Heftige Kopfschmerzen und Übelkeit. Lehnte das Mittel weiterhin entschieden ab. Erhielt zwei Tage nach der ersten Dosis 0,2 Luminal unter der Bezeichnung des (ihm gewohnten) Veronal-Natriums. Schlief nur wenig, blieb jedoch frei von Beschwerden. Auch nach 0,3 an beiden folgenden Tagen trat nur schlechter und kurzer Schlaf ein. Patient erhielt nun sechzehn Tage hintereinander 0,4 Luminal und schlief prompt und gut.

VIII. P., alter Halluzinant. Bisher gelegentlich Sulfonal. Auf 0,2 Luminal schlechter Schlaf, leichter Kopfschmerz, In der zweiten Nacht auf 0,2 nur ein bis zwei Stunden Schlaf. Patient meint, es sei zu wenig. Dritte Nacht 0,3: schlief drei bis vier Stunden. Vierte Nacht 0,4: schlief leidlich, aber unruhig. Am nächsten Tage schlaff und müde, verschlief den ganzen Vormittag (sonst fleißiger Arbeiter). Klagt über Unwohlsein im Magen. Gesichtsfarbe blaß. Appetit schlecht. Lehnt Luminal fortan ab.

IX. L., Strafgefangener. Bisher kein Mittel. Schlief auf 0,2 Luminal leidlich, wachte hin und wieder auf. Klagte am Morgen darauf über trunkenheitsähnlichen Zustand. Zweite bis fünfte Nacht je 0,3 Luminal. Immer guter, fester Schlaf. Nach der fünften Nacht dumpfes Gefühl im Kopfe.

X. T., sekundäre Demenz. Bisher hier und da Hyoscin. Erhielt elf Abende nacheinander 0,2 Luminal. Immer guter Schlaf.

XI. H., Alkoholiker. Bisher kein Mittel. Vier Nächte nacheinander auf 0,2 Luminal guter Schlaf. Keine Beschwerden. Fünfte Nacht auf 0,2 wenig Schlaf. Sechste Nacht auf 0,2 unruhiger Schlaf. Morgens benommen.

XII. R, verblödeter Kranker. Bisher gegen Schlaflosigkeit Sulfonal. Schlief drei Nächte auf 0,2 Luminal gut.

XIII. Sch., verblödeter Kranker. Bisher gegen Schlaflosigkeit Sulfonal. Schlief drei Nächte auf 0,2 Luminal gut.

XIV. Z., leichter Melancholiker. Bisher kleine Dosen Adalin. Schlief zwanzig Nächte auf 0,1 Luminal gut.

XV. B., Altersblödsinn. Schlief fünf Nächte auf 0,2 Luminal gut.

XVI. B., alter Potator, Schlaflosigkeit und Erregungszustände. Seit vielen Monaten abends an 1,0 Adalin + 2,0 Dormiol gewöhnt. Nahm, statt dessen, kurz nacheinander 0,2 + 0,2 + 0,2 + 0,1 = 0,7 Luminal. Bald darauf leichtes Unbehagen, Faulheit, Schwere in den Gliedern. Nach einer Stunde fester Schlaf. Morgens beim Erwachen etwas duselig, sonst keine Beschwerden. Im Laufe des Nachmittags Klagen über allgemeines Unbehagen. Patient äußert: „Man fühlt, daß man ein Herz hat!" Am zweiten Abend auf Zureden 0,5 Luminal. Guter Schlaf. Patient war am nächsten Tage erregt, weigerte sich energisch, weiter Luminal zu nehmen. Da die Untersuchung eine leichte Herzreizung feststellte, — Patient leidet seit langem an leichter Herzerweiterung —, wird das Mittel ausgesetzt.

Wir gaben das Luminal stets in heißem Tee, in welchem sich Pulver und Tabletten ganz gut lösen. In allen 16 Fällen trat der Schlaf durchschnittlich in $^3/_4$ bis 1 Stunde ein. Die wirksame Dosis betrug bei leichterer Schlaflosigkeit 0,2, in einem Falle sogar nur 0,1; öfters aber gewöhnte sich der Kranke an das Mittel oder reagierte auf kleinere Dosen schlechter, so daß Steigerung auf 0,3 und 0,4 notwendig wurde. 0,4 muß bei mittlerer und schwererer Agrypnie entschieden als die zweckmäßigste Dosis angesehen werden.

In 5 von den 16 Fällen, also fast bei einem Drittel, kamen unerfreuliche Nebenerscheinungen zur Beobachtung, die den Kranken in einigen Fällen das Mittel fortan ablehnen ließen. Schlaffheit, Benommenheit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, trunkenheitsähnliche Erscheinungen, dumpfes Gefühl im Kopf werden berichtet. In zwei Fällen kam es schon nach 0,2 zu derlei Klagen.

Besonders interessant und lehrreich sind die Wahrnehmungen bei Fall 16, die ganz entschieden zu größter Vorsicht bei nicht ganz intaktem Herzen mahnen.

In der Regel kann zwar Luminal sogar wochenlang ohne Bedenken gegeben werden, — wir haben 0,1 bis zu 20 Tagen, 0,2 bis zu 13 und 0,4 bis zu 16 Tagen hintereinander verabreicht —, stets aber sollte doch mit geringen Dosen begonnen und vorsichtig gesteigert werden, um Nackenschlägen vorzubeugen. Eine vorherige Herzuntersuchung erscheint mir in jedem Falle ratsam.

Im Fall VII handelte es sich, wie gesagt, um einen ausgesprochenen Hypochonder, der Luminal ausgezeichnet vertrug, nachdem man ihm den Glauben beigebracht, daß es kein Luminal sei. Der Fall ist sehr lehrreich für den ungeheuren Einfluß der Suggestion und Autosuggestion, der unter Umständen ganz dazu angetan ist, die exakten Resultate einer Versuchsreihe zu fälschen.

Nach meinen bisherigen Versuchen halte ich also das Luminal für ein Mittel, das zwar andere Narkotika zu ersetzen und gelegentlich für sie einzutreten vermag, das jedoch in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ebensowenig von schädlichen Nebenwirkungen frei ist, wie die bisher gebräuchlichen Mittel.

Mitteilungen.

— In einem Artikel: **„Erfahrungen über Behandlung der multiplen Sklerose mit Fibrolysin"** (Aus der II. med. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf, Oberarzt Dr. Nonne; in Neurolog. Zentralblatt, Nr. 1, 1913) berichtet Dr. M. Fränkel über eklatante Besserung nach dieser Behandlung, nachdem Nonne schon vor fünf Jahren eine konsequente Behandlung mit Fibrolysin empfohlen und Bauer in dem Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten, XII, von den Erfolgen Mitteilung gemacht hatte. Wenn man auch bei keiner Behandlungsform der multiplen Sklerose den strikten Nachweis führen könne, daß etwa eintretende Besserungen auf die Therapie zurückzuführen sind, da bekanntlich, wenn auch selten, spontane Remissionen und sogar — ganz selten — Heilungen vorkommen, so ermutige andererseits die Tatsache, daß in einer großen Anzahl von mit Fibrolysin behandelten Fällen schon während oder bald nach der Kur Besserungen eintreten, zu der Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen Therapie und günstigem Krankheitsverlauf.

Das Fibrolysin, eine Verbindung von Thiosinamin und Natriumsalizylat, wurde angewandt in der von Merck (Darmstadt) in den Handel gebrachten Form als Fibrolysinlösung, steril in Ampullen zu 2,3 ccm; es wurden damit alle drei bis vier Tage, sechs Wochen lang, intramuskuläre Injektionen in die Nates gemacht. Von 75 so behandelten Fällen blieben 33 unbeeinflußt, dagegen zeigten 15 eine mäßige Besserung und die übrigen 27 eine „erhebliche, bei einzelnen einer Heilung praktisch gleichkommende Besserung", und zwar nicht nur eine gradweise Besserung einzelner Symptome, sondern „manche Krankheitserscheinungen, darunter auch nur objektiv nachweisbare, waren gänzlich verschwunden". Eine Verschlechterung, die in zwei Fällen schon kurze Zeit nach der Behandlung eintrat, ließ sich durch eine zweite gleiche Kur beseitigen. Die Behandlung ist einfach und ungefährlich; in seltenen Fällen bei der zweiten oder dritten Einspritzung, manchmal auch bei späteren, vorkommende Temperatursteigerungen sind vielleicht anaphylaktischen Ursprungs. Die Einspritzungen können beliebig lange fortgesetzt werden. Die Beeinflussung der multiplen Sklerose durch Fibrolysin ist vielleicht dadurch zu erklären, daß es eine Auflockerung des gliösen Narbengewebes in den sklerotischen Herden bewirkt, ähnlich wie bei bindegewebigen Narben; die von Markscheiden entblößten Achsenzylinder würden dadurch aus der Umklammerung der Gliafasern befreit.

Wenn diese Erklärung der Fibrolysinwirkung zutrifft, so wäre ein Anlaß gegeben, bei anderen Krankheiten, wo gliöses Narbengewebe bedeutungsvoll ist, Versuche mit Fibrolysin zu machen.

— **Jubiläum der Anstalt Rotenberg-Riga.** Am 25. Dezember 1912 vollendeten sich 50 Jahre seit Eröffnung der (jetzt städtischen) Irrenanstalt Rotenberg bei Riga. 1862 gründete Dr. Gregor Brutzer aus Riga nach längeren Studien an deutschen Irrenanstalten, namentlich in Illenau bei Roller, die Privatheilanstalt Rotenberg, die sich bald in den baltischen Provinzen eines vorzüglichen Rufes erfreute und 1872 in den Besitz der Stadt Riga überging. Sie hat noch unter Brutzers Leitung und besonders unter ihrem gegenwärtigen Direktor Dr. Th. Tiling mehrfache Erweiterungen erfahren. Gegenwärtig sind 429 Plätze vorhanden und der Bau einer zweiten städtischen Anstalt wird erwogen. Zur Feier des Jubiläums ist eine Festschrift erschienen (Riga, Verlag von W. Häcker, 51 S.). In einer einleitenden Abhandlung charakterisiert Tiling in pietätvoller Darstellung Persönlichkeit, Lebensgang und Wirksamkeit seines Vorgängers G. Brutzer. Es folgt ein medizinisch-statistischer Bericht über die Anstalt in den Jahren 1908 bis 1912. Den Schluß bildet eine eingehende psychologische Studie des Anstaltsarztes Dr. Julius Schroeder: Zum Problem der geordneten Ideenflucht. Mn.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Dresden.** Der Assistenzarzt am Krankenhaus München-Schwabing Dr. Kahl wird am 1. Februar 1913 als Anstaltsarzt an der städt. Heil- und Pflegeanstalt angestellt.

Therapeutisches.

Über die Anwendung der Opiate, im besonderen des Narcophins in der ärztlichen Praxis. Von Dr. von Stalewski, Freiburg i. B. (Therapie der Gegenwart, [Herausgeber Prof. Klemperer, Berlin], 1912, Heft 11.)

Die Arbeiten von Straub und seinen Schülern haben gezeigt, daß das Morphin mit dem Nebenalkaloid Narcotin kombiniert die Morphiumwirkung zur Opiumwirkung steigert. Diese Studien führten zur Darstellung des Narcophins. Der Verfasser hat dieses Präparat mit besonderem Erfolg in solchen Fällen gegeben, in denen ein protrahierter Gebrauch des Morphins nicht zu entbehren war. So in einem Falle von schwerer Gefäßneurose, ferner bei Morphiumentziehungskuren. Die Wirkung trat im allgemeinen etwas später ein, war aber von längerer Dauer, so daß man weniger oft die Injektionen zu wiederholen brauchte. Ganz besonders hebt der Verfasser das Ausbleiben von Erscheinungen seitens des Atemzentrums hervor. Weiter wurde das Narcophin bei schmerzhaften Zuständen, Gallensteinkoliken, Kardiaspasmus, schmerzhaften Wehen usw. erfolgreich angewandt. Die injizierten Dosen waren bei Erwachsenen 0,03 g Narcophin.

Über Veronal und Veronalnatrium und seine Verwendung auf Seereisen. Von Dr. R. Meyer. (Therapeut. Monatshefte, 1910, VI.)

M. hat die Resultate von Schepelmann (Therap. Monatshefte 07, VIII) nachgeprüft und kann diese nicht nur bestätigen, sondern dahin ergänzen, daß Veronal ein vorzügliches Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Seekrankheit und ähnlichen Erscheinungen ist. Es gelang in allen Fällen das Erbrechen rasch zum Schwinden zu bringen. Im allgemeinen wurden 1 bis 2 Tabletten à 0,5 g auf der Höhe des Anfalles oder 1 Tablette vor dem drohenden Anfalle gegeben. Patienten, die vorher außerstande waren, auch nur den Speisesaal zu betreten, aßen kurz nach Veronalverabreichung mit gutem Appetit. Suggestivwirkung wird vom Autor ausgeschlossen, weil auch bei Erkrankten, die vorerst jede Medikation als nutzlos ablehnten und nur mit Mühe zum Einnehmen des Veronals veranlaßt werden konnten, prompter Erfolg eintrat. — Veronal muß stets in großer Flüssigkeitsmenge gelöst oder in Form der an und für sich leicht löslichen Natriumverbindung verwendet werden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. —
Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 43. 25. Januar **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Sanitätsrat Tippel-Kaiserswerth †.

In der Nacht zum 30. Dezember vorigen Jahres verschied der dirigierende Arzt der Heilanstalt zu Kaiserswerth, Sanitätsrat Dr. Max Tippel im 53. Lebensjahr. —



Er war geboren am 15. Juli 1860 in Halle a. S., wo sein Vater städtischer Lehrer war. Er absolvierte das dortige Gymnasium, studierte nach bestandenem Abgangsexamen in Halle und Würzburg, promovierte 18. Juli 1884 und wurde am 14. März 1885 approbiert. Schon vor bestandenem Staatsexamen, vom 13. Juni 1883 bis 8. Oktober 1884 war er als „Coassistent“ bezw. „2. interimistischer Assistent“ an der psychiatrischen Klinik zu Würzburg tätig gewesen. Am 24. März 1885 trat er in Nietleben als Volontärarzt ein und kam am 20. Mai 1886 als „zweiter Assistenzarzt“ nach Alt-Scherbitz; hier wurde er am 1. September 1888 „erster Assistenzarzt“, heiratete 14. Februar 1889, wurde 1. April 1890 „dritter Arzt“, und schied 10. Mai 1894 aus dem Provinzialdienst aus. Er übernahm sodann die früher Alt'sche Klinik in Halle und am 12. April 1896 die Stelle des dirigierenden Arztes an der Irrenabteilung der Kaiserswerther Anstalten.

1911 wurde ihm der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

Als Assistent der psychiatrischen Klinik zu Würzburg schrieb er seine Doktorarbeit: „Über den Einfluß des Amylnitrits auf die Blutfüllung des Hirns und auf die Willenstätigkeit“, die 1885 zusammen mit einer Arbeit Riegers als Monographie: „Experimentelle Untersuchungen über Willenstätigkeit“ bei Fischer, Jena im Druck erschien. — Seine nächste Arbeit: „Beitrag zur Casuistik der Frage vom strittig gewordenen Seelenzustande“ erschien 1891 in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. In den folgenden Jahren schrieb er kleinere Aufsätze: Über die Anwendung der Bettruhe bei Epilesie; über die Veränderungen Geisteskranker

infolge von Obstipation, über Unfall und Simulation, über multiple Sklerose usw. Aber erst nach dem Eintritt in Kaiserswerth suchte und fand er mehr Gelegenheit, sich sowohl auf allgemein-ärztlichem, wie praktisch-psychiatrischem und verwaltungs-technischem Gebiete in Wort und Schrift zu betätigen. In letzterer Hinsicht waren es besonders die ärztlichen fünfjährigen Berichte über die von ihm geleitete Heilanstalt in Kaiserswerth, die 1897, 1902 und 1908 erschienen — auch den nächsten (1913) hat er fast druckfertig hinterlassen — und sein „Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken für das Pflegepersonal" (Berlin, Reimer 1897).

Des weiteren schrieb er: Über neue Heil- und diätetische Mittel (1897). Über einen Fall von auffallend schneller Heilung (1897, Vortrag, psych. Ver. Bonn). Welche Bedenken und Schwierigkeiten haben sich bei Anwendung der ministeriellen Anweisung über Aufnahme und Entlassung usw. ergeben? (1898). — Über Formalindesodorisation (1898). — Über minderwertige Kinder (1900). — Kasuistische Beiträge zur Lehre von der ektogenen und endogenen Intoxikation (1901). — Bewertung von ärztlichem Wissen und Kurpfuscherüberhebung bei sog. Gebildeten (1901, Vortrag, Ärzteverein Düsseldorf). — Luftliegekuren bei Psychosen (1903). — Bemerkungen über die mit der Heißluftdouche gemachten Erfahrungen (1904, Vortrag psych. Verein Bonn). — Die geistig Minderwertigen in unsern Anstalten (1904, Vortrag, VI. Konferenz von Vorständen deutscher Asyle, Kaiserswerth). — Fürsorgeerziehung und Psychiatrie (1905, Vortrag, deutscher Verein für Psychiatrie Dresden). — Was muß der Arzt von der Psychiatrie wissen, um Nerven- und Geisteskranken helfen zu können? (1906, Vortrag, ärztlicher Fortbildungskursus Düsseldorf). — Wohin steuern wir in der Frage: „Fürsorgeerziehung und Psychiatrie"? (1909, Zentralblatt für Vormundschaftswesen, Jugendgerichte usw.). — Geistig abnorme Fürsorgezöglinge, ihre Beurteilung und Behandlung (in Dannemann, Enzyklopädie). — Die seelische Behandlung in den Anstalten für Gemüts- und Nervenkranke (1910, Veröffentl. der Diak.-Anst. K.). — Geistig abnorme Fürsorgezöglinge, ihre Beurteilung und Beobachtung (1912, in Schober-Schulze's Handbuch, Theorie und Praxis der Erziehung Schwachsinniger). — Aus der Praxis der Fürsorgepsychiatrie (1912, Vortrag im Ausbildungskursus in der Kinderfürsorge, Barmen).

Wie aus vorstehendem ersichtlich, beschäftigte Tippel in den letzten Jahren auf das regste die Lösung der Frage: „Fürsorge und Erziehung".

„In dieser Angelegenheit — schreibt er selbst in seinem Jahresbericht 1908 — hat Verf. durch Wort und Schrift aufklärend zu wirken gesucht; mehr und mehr brechen sich seine, mit denjenigen anderer Fachgenossen übereinstimmenden Anschauungen, Erfahrungen und Forderungen Bahn, aber noch gilt es, diese Ideale in die Tat umzusetzen."

Sein Studium und seine Kenntnisse auf dem Gebiete der Fürsorgeerziehung verwertete er in Vorträgen auf den speziell-fachwissenschaftlichen Konferenzen und Tagungen, und von den Organen der Provinzial-Fürsorgeerziehung wurde er vielfach um Rat angegangen und zu Beratungen herangezogen; aber die von ihm erhoffte „Umsetzung seiner Ideale in die Tat" und die Berufung an eine leitende und organisierende Stelle, die schon wiederholt in Frage gekommen war, sollte er nicht mehr erleben.

Neben dieser theoretisch-wissenschaftlichen, aber ihn besonders interessierenden und für die Zukunft wirkenden Tätigkeit, versah er mit rührender Wärme und Liebe sein eigentliches Berufsamt, dabei weit hinausgehend über das Maß dessen, was ihm pflichtmäßig oblag, aber eingedenk seines Lehrers, der diesem „indirekten Krankendienst" des Irrenarztes stets so warm das Wort geredet. In dankbarer Anerkennung seiner besonderen Verdienste um die Diakonissenanstalt Kaiserswerth veröffentlichte der Vorstand des rheinisch-westfälischen Diakonissenvereins ihm folgenden Nachruf:

> „Der Verlust, welchen unsere Diakonissenanstalt und besonders unsere Heilanstalt für weibliche Gemütskranke durch den Heimgang ihres dirigierenden Arztes, Sanitätsrat Dr. Max Tippel erleidet, ist überaus schmerzlich. Hat der Entschlafene doch fast sieb-

zehn Jahre in hingebender Treue als Chefarzt Kraft und Zeit, liebevolles Sorgen und aufopfernde Mühe der Anstalt gewidmet und allezeit für das Wohl seiner ihm vertrauenden Kranken mit seiner ganzen Person sich eingesetzt. Seine Heilanstalt lag ihm am Herzen und unter seiner ärztlichen Leitung hat dieselbe sich mehr und mehr ausgedehnt und im Organismus unserer Anstalten an Bedeutung gewonnen. In schlichter Frömmigkeit hat der Entschlafene neben seiner ärztlichen Kunst vielen dankbaren Kranken mit samt seinem Hause viele Liebe erwiesen und Rat und Hilfe zu teil werden lassen. Im Zusammenarbeiten mit unsern Diakonissen wie auch im Unterricht der jungen Schwestern hat er stets das Gedeihen der Heilanstalt im Auge behalten und in engster Verbundenheit mit derselben sein Leben und seine Freude gehabt." —

Die erhebende Trauer-Feier in der Diakonissen-Kirche zu Kaiserswerth bestätigte diese Worte, und das zahlreiche Gefolge, das ihn von dort zur letzten Ruhe begleitete, gab davon Zeugnis, wieviel Liebe er als Arzt und Lehrer gesät, wieviel Freunde sein gleichmäßig freundliches und aufrichtig herzgewinnendes Wesen ihm auch in der neuen Heimat am Rhein gewonnen hatte. Tippel war voll ernster Auffassung seines Berufes, aber zu jeder harmlosen Fröhlichkeit bereit; in gleichem Maße empfänglich für die Schönheiten der Natur wie diejenigen der Kunst, stellte er auch sein nebenberufliches Können, besonders seine Musik, stets in den Dienst seiner Kranken, um sie zu erfreuen und zu unterhalten!

Ein wahrer Vater seiner Familie, ein wahrer Freund seiner Freunde und ein wahrer Arzt seiner Kranken ist er dahingegangen! Er erlag nach siebenwöchigem schweren Leiden einer Paratyphusinfektion, die er sich anscheinend auf einer beruflichen Reise zugezogen hatte. Ehre seinem Andenken!

Herting.

Der österreichische Strafgesetzentwurf und die öffentlichen Heilanstalten für Geisteskranke.

Referat, im Auftrage des Salzburger Landesausschusses erstattet bei der Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Von Dr. jur. *Karl Grassberger*, Landessekretär in Salzburg.

Hochgeehrte Versammlung!

Bekanntlich hat die Regierung in der letzten Session des Reichsrates einige umfangreiche Gesetzentwürfe, betreffend die Reform des Strafrechtes und des Strafprozesses, vorgelegt.*)

Wenn ich als Vertreter des Salzburger Landesausschusses es unternehme, einige Punkte dieser Gesetzentwürfe zur Erörterung zu bringen, so muß ich Ihnen vor allem den Grund angeben, aus welchem sich der Landesausschuß für diese Sache interessiert.

Das Strafrecht ist im allgemeinen ein Gebiet, das dem Wirken der autonomen Landesverwaltungen ferne liegt; ein Anlaß, bei der Neugestaltung des Strafrechtes auf die Reichsgesetzgebung Einfluß zu nehmen, ist daher im großen und ganzen für die Länder nicht gegeben.

In einigen Punkten besteht aber ein solcher Anlaß doch! Ein modernes Strafrecht, wie es die Regierungsvorlage zu schaffen bemüht ist, muß sich auch mit den Grenzfragen des Strafrechtes befassen, und überall dort, wo es neue Grenzen errichtet, oder die bestehenden Grenzen ändert, wird der anrainende Nachbar durch die Neuregelung mitbetroffen.

Eines der wichtigsten Grenzgebiete ist das Grenzgebiet zwischen Strafrecht und Irrenrecht, und hier sind die Länder der Nachbar, der nicht gleichgültig zusehen kann, wie der Staat dem Strafrechte neue Grenzen zieht.

Denn die Länder sind, wie Sie ja alle wissen, als Eigentümer und Verwalter der öffentlichen Irrenanstalten der Hauptfaktor der öffentlichen Irrenpflege in Österreich geworden.

Die Länder müssen sich daher für alle Bestimmungen des im Entwurfe vorliegenden neuen Straf-

*) In den nachstehenden Ausführungen ist außer dem Entwurfe des neuen Strafgesetzes (StGE.) auch der Entwurf des Gesetzes, womit in einer Reihe von Bestimmungen die Strafprozeßordnung vom 23. Mai 1873 R. G. Bl. N. 119 abgeändert wird (StPE. Entwurf der Strafprozeßnovelle) und der Entwurf eines Einführungsgesetzes zu diesen beiden Gesetzen und zu dem ebenfalls im Entwurfe vorliegenden Gesetze, durch welches das Einführungsgesetz der Strafprozeßordnung abgeändert werden soll (EGE.), besprochen.

rechtes interessieren, die geeignet sind, die öffentliche Irrenpflege mittelbar oder unmittelbar zu beeinflussen.

In erster Linie sind dies

I.

Die Bestimmungen über die Verwahrung gemeingefährlicher Personen.

A. Materiellrechtliche Bestimmungen.

Um diese Bestimmungen zu verstehen, müssen wir uns zunächst den Standpunkt vergegenwärtigen, den der Entwurf gegenüber dem Schuldbegriffe und der Frage der Zurechnungsfähigkeit einnimmt.

Der Entwurf fußt auf dem Grundsatze: „Keine Strafe ohne Verschulden". Er kennt zwei Hauptarten des Verschuldens: Vorsatz und Fahrlässigkeit. Vorsätzlich handelt, wer die Verletzung oder Gefährdung, deren Herbeiführen die Strafbarkeit begründet, herbeiführen will (dolus directus), und wer einwilligt, sie herbeizuführen (dolus eventualis); der Begriff des dolus indirectus wird abgelehnt. Fahrlässig handelt, wer die Verletzung oder Gefährdung, deren Herbeiführen die Strafbarkeit begründet, als mögliche Folge seiner Handlung voraussah, ohne ihren Eintritt zu wollen oder dazu einzuwilligen, und wer sie bei pflichtmäßiger Aufmerksamkeit hätte voraussehen können (§ 6). Unter „Handlungen" sind hierbei gemäß § 90 auch Unterlassungen zu verstehen. Strafbar ist nur der vorsätzlich Handelnde, es sei denn in den einzelnen Paragraphen ausdrücklich bestimmt, daß auch der fahrlässig Handelnde bestraft werden solle.

Der Entwurf hat sich aber, wie die Motive zum Einführungsgesetze (S. IX) hervorheben, nicht damit begnügt, den Satz „keine Strafe ohne Schuld" aufzustellen und die Strafe nach der grundlegenden Unterscheidung der zwei Schuldformen zu differenzieren. „Es kommt weiter darauf an, wie enge die Verbindung ist, die durch das Verschulden zwischen Täter und Tat hergestellt wird. Je mehr die Tat der typische Ausdruck der Persönlichkeit des Täters ist, je mehr die äußeren Ursachen für das Verbrechen zurücktreten und die Tat aus dem Charakter des Täters, einer antisozialen Gesinnung, einem verwerflichen Motiv entsprungen ist, desto mehr belastet sie ihn, desto gefährlicher erscheint er, desto größer ist, mit einem Worte gesagt, seine Schuld. Je mehr hingegen die äußeren Ursachen hervortreten, die Tat als das Ergebnis einer heftigen Versuchung, besonders günstigen aufreizenden Gelegenheit und dem Wesen des Täters fremd erscheint, desto geringer ist seine Schuld." Wir sehen aus diesen Ausführungen des Motivenberichtes, daß der Schuldbegriff des Entwurfes grundsätzlich in einer Weise angewendet wird, die außer den objektiven und subjektiven Momenten der Tat in höherem Grade, als es das bisherige Strafgesetz in vereinzelten Bestimmungen angestrebt hat, auch ein auf das Subjekt bezogenes objektives Moment berücksichtigt: das der Gefährlichkeit. Die Berücksichtigung dieses Momentes kommt namentlich in den Bestimmungen über den bedingten Strafnachlaß (§§ 51 ff.), über die bedingte Entlassung (§ 23), über das „Absehen von Strafe" bei Jugendlichen (§ 54), über die Behandlung des Rückfalles und des wiederholten Rückfalles (§ 63) zum Ausdruck; das Schuldprinzip in dem dargelegten Sinne ist, wie die Motive zum Einführungsgesetz betonen, „die zentrale Grundlage des Entwurfes".

Die Stellung des Entwurfes zum Schuldprinzip hängt natürlich mit den Grundsätzen zusammen, nach denen die Frage der Zurechnung geregelt wird. Die Strafbarkeit der Tat setzt Zurechnungsfähigkeit des Täters voraus (M. B. S. 4). Daß der Entwurf bei der Umschreibung der Kriterien der Zurechnungsfähigkeit eine Stellungnahme zugunsten des Determinismus oder des Indeterminismus vermieden habe, wird in den Motiven ausdrücklich zugegeben; der Motivenbericht beruft sich in diesem Zusammenhange darauf, daß der österreichische Irrenärztetag vom 4. bis 5. Oktober 1907 den Satz aufgestellt habe: „Der Arzt ist nicht in der Lage, auf die Frage, ob beim Angeklagten freie Willensbestimmung vorhanden ist, eine wissenschaftlich begründete Antwort zu geben." Der Motivenbericht bemerkt hierzu (S. 8), daß nach dem künftigen Strafrecht diese Frage niemals an einen ärztlichen Sachverständigen zu richten sein werde, und zwar aus zwei Gründen: weil „überhaupt die Feststellung der psychologischen Kriterien nicht Sache der Sachverständigen" sei, und weil der Entwurf das Merkmal der freien Willensbestimmung nicht kenne.

Von den drei Methoden, die zur Bestimmung der Begriffe Zurechnungsfähigkeit und Zurechnungsunfähigkeit zur Verfügung stehen, — der „psychologischen Methode", die bloß psychologische Kriterien aufstellt, der „biologischen", die bloß psychiatrische Merkmale kennt, und der beide Methoden verbindenden „gemischten Methode" — hat der Entwurf die letztere gewählt. Demgemäß bezeichnet er „die seelischen Störungen, die Zurechnungsunfähigkeit begründen können, und bestimmt zugleich, daß sie die Zurechnungsunfähigkeit dann, aber auch nur dann begründen, wenn sie mit dem Mangel bestimmter psychischer Fähigkeiten verbunden sind" (M. B. S. 5). Die nach Maßgabe dieses Grundsatzes in Betracht kommenden seelischen Störungen benennt der Entwurf unter Hinweis auf den Beschluß des österr. Irrenärztetages vom 4. bis 5. Oktober 1907, „Geistesstörung, Geistesschwäche und Bewußtseinsstörung"; der Entwurf ist bestrebt, zum Ausdrucke zu bringen, daß diese die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Momente „nicht abstrakt, sondern gerade in bezug auf die konkrete Tat zu prüfen seien". Auf diese Erwägungen gestützt, erklärt der Entwurf im § 3 denjenigen nicht für strafbar, der zur Zeit der Tat wegen Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinsstörung nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzu-

sehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln".*) (Der Begriff „Unrecht" ist hierbei mit dem Begriff „Normwidrigkeit" nicht zu verwechseln; ob der Täter imstande war, die Normwidrigkeit seiner Tat einzusehen, ist unentscheidend, wenn er nur die Fähigkeit besaß, den gemeinschädlichen, antisozialen Charakter seiner Tat einzusehen.)

Jugendliche, das sind Personen zwischen 14 und 18 Jahren, sind nicht strafbar, wenn sie nach dem Stande ihrer Entwicklung nicht die Fähigkeit besitzen, das Unrecht ihrer Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln. Personen unter vierzehn Jahren sind nicht strafbar (§§ 4 und 5).

Neben dem Begriffe „Zurechnungsunfähigkeit" kennt der Entwurf auch eine „verminderte Zurechnungsfähigkeit". Im Gesetzestext ist dieser Begriff allerdings etwas versteckt, er findet sich nämlich nicht im Abschnitt über die Zurechnungsfähigkeit, sondern im Abschnitte über „Milderung der Strafe, Änderung des Vollzuges und bedingten Strafnachlaß". Die Aufnahme des Begriffes der verminderten Zurechnungsfähigkeit rechtfertigt der Motivenbericht namentlich durch den Hinweis auf die bezüglichen Beschlüsse des deutschen Juristentages vom Jahre 1904, der deutschen Landesgruppe der „Internat. kriminalistischen Vereinigung" (Dresden 1903, Stuttgart 1904) und des österr. Irrenärztetages vom Jahre 1907.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit wird im Entwurfe, und zwar in den §§ 47 und 48, als eine wesentliche Verminderung, Herabsetzung oder Schwäche der Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, umschrieben.

Innerhalb der Fälle der verminderten Zurechnungsfähigkeit sind zwei Gruppen zu unterscheiden, und der Motivenbericht (S. 14) vergleicht diese Gruppen mit zwei Kreisen, die sich miteinander schneiden. Die eine Gruppe umfaßt die Fälle „einer an Zurechnungsunfähigkeit grenzenden Herabsetzung oder Schwäche der Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln". Lag ein solcher Zustand zur Zeit der Tat vor und ist er nicht durch verschuldete Trunkenheit hervorgerufen worden, so ist das Gericht berechtigt — nicht verpflichtet —, im Wege der Strafmilderung anstatt der ausschließlich angedrohten zeitlichen Kerkerstrafe eine Gefängnisstrafe zu verhängen, und zeitliche Freiheitsstrafen und Geldstrafen auf die Hälfte der Untergrenze herabzusetzen (§ 47). Zur zweiten Gruppe gehören die Fälle, in welchen die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert war; in diesen Fällen, die im Entwurfe zur Strafprozeßnovelle (§ 590) und im Motivenberichte zum Strafgesetzentwurfe als „geistige Minderwertigkeit" gekennzeichnet werden, ist das Gericht verpflichtet, an Stelle der Todesstrafe auf lebenslänglichen Kerker zu erkennen (ein sehr bedenklicher Grundsatz), eine vom Täter verwirkte Freiheitsstrafe aber, deren normaler Vollzug seinen Zustand verschlimmern würde, „nach den der Eigenart solcher Personen angepaßten Vorschriften" in einer besonderen Strafanstalt oder in einer besonderen Abteilung einer Strafanstalt oder eines Gefangenhauses vollziehen zu lassen. (§ 48 StGE. § 580 StPE.) Wird der Krankheitszustand des Sträflings behoben, so ist der ordentliche Strafvollzug einzuleiten; bei der Bestellung des Anstaltsarztes der betreffenden Strafanstalten und Gefangenhäuser ist laut § 580 des Entwurfes zur Strafprozeßnovelle „insbesondere auf psychiatrische Kenntnisse und Erfahrung Rücksicht zu nehmen".

Im Zusammenhang mit diesen Bestimmungen bezeichnet der Entwurf zur Strafprozeßnovelle die Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen in den beiden ersten Absätzen des § 134 wie folgt:

„Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte zur Zeit der Tat die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, oder liegen Anzeichen vor, daß diese Fähigkeit infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert war, so ist die Untersuchung seines Geisteszustandes durch zwei psychiatrisch gebildete Ärzte zu veranlassen. Die Sachverständigen haben die Erhebungen, die sie für nötig erachten, dem Untersuchungsrichter mitzuteilen und anzugeben, bei welchen Erhebungen ihre persönliche Mitwirkung wünschenswert ist.

Die Sachverständigen haben über das Ergebnis ihrer Beobachtung Bericht zu erstatten, alle für die Beurteilung des Geisteszustandes des Beschuldigten einflußreichen Tatsachen zusammenzustellen, sie nach ihrer Bedeutung sowohl einzeln als im Zusammenhange zu prüfen und, falls sie eine Geistesstörung, Geistesschwäche oder sonst einen krankhaften Geisteszustand oder eine Bewußtseinsstörung als vorhanden betrachten, die Natur der Krankheit, die Art und den Grad zu bestimmen und sich sowohl nach den Akten, als nach ihrer eigenen Beobachtung über den Einfluß auszusprechen, welchen die Krankheit auf die Vorstellungen, Triebe und Handlungen des Beschuldigten geäußert habe und noch äußere, und ob und in welchem Maße dieser Geisteszustand zur Zeit der Tat bestanden habe."

Wie schon aus dieser Fassung des § 134 StPE. erhellt, ist die Feststellung, ob und in welchem Grade der Untersuchte zurechnungsfähig ist, Sache des Richters. „Der Sachverständige liefert das gesamte, durch seine Beobachtungen gesammelte Material, der Richter hat es zu subsumieren" (M. B. zum StGE. S. 8). Der Entwurf lehnt es ab, den Grundsatz, daß die Frage der Zurechnungsfähigkeit vom Richter und nicht vom Sachverständigen zu entscheiden sei, im

*) Anstatt der Worte „oder dieser Einsicht gemäß zu handeln" hatte der Vorentwurf die Worte: „oder seinen Willen gemäß dieser Einsicht zu bestimmen".

Gesetzestexte ausdrücklich zu betonen, wie es der Irrenärztetag gewünscht hat. Denn dieser Grundsatz sei selbstverständlich. „Daß an Sachverständige geradezu die Frage gerichtet wird, ob der Beschuldigte zurechnungsfähig sei, ist ein Mißbrauch, den auch ein ausdrücklich gesetzliches Verbot nicht unmöglich machen würde, an dem aber das veraltete Strafgesetz mitschuldig ist, das den Richter ohne jede brauchbare Direktive läßt.“ (M. B. S. 8.)

Die bisherigen Ausführungen erscheinen als notwendig zur Vermittlung des Verständnisses der Bestimmungen, die der Entwurf über die sogenannten „Sicherungsmittel“ enthält — Bestimmungen, in denen der Schwerpunkt der Bedeutung des Strafgesetzentwurfes gelegen ist.

Der Entwurf geht nämlich von der zweifellos richtigen Erwägung aus, daß ein bloß dem Schuldprinzipe Rechnung tragendes Strafgesetz das Schutzbedürfnis der Gesellschaft nicht zu befriedigen vermag. Auch die Tatsache, daß die Realisierung des Schuldbegriffes unter Berücksichtigung des Gefährlichkeitsmomentes erfolgen soll, würde dem Schutzbedürfnisse der Gesellschaft nicht genügen. Denn die Strafdrohung würde der Gesellschaft nur gegen diejenigen antisozialen Elemente, die strafrechtlich verantwortlich, also im Sinne des Entwurfes zurechnungsfähig sind, einen Schutz gewähren, und auch in dieser Beziehung wäre der Schutz in vielen Fällen unzulänglich, denn bei der Strafbemessung kann der Richter nur innerhalb der durch das Maß der Schuld gezogenen Grenzen auf das Moment der Gefährlichkeit Rücksicht nehmen, das Schutzbedürfnis der Gesellschaft aber wird lediglich durch den Grad der Gefährlichkeit, keineswegs durch das Vorhandensein und den Grad eines subjektiven Verschuldens bestimmt.

Den Abstand zwischen dem auf das Schuldprinzip gegründeten Strafbedürfnis und dem Schutzbedürfnis sucht der Entwurf dadurch zu überbrücken, daß er für diejenigen Fälle, wo nach Maßgabe der Schuld eine Strafe nicht in einem für das Schutzbedürfnis ausreichenden Maße verhängt werden könnte, Sicherungsmittel einführt, deren Anwendbarkeit allerdings voraussetzt, daß das Schutzbedürfnis der Gesellschaft ein besonders großes und dringendes ist.

Man erkennt unschwer, daß der Entwurf in diesen Punkten das Ergebnis eines Kompromisses ist. Man hat sich gescheut, den Boden des Schuldprinzipes zu verlassen, und dadurch, wie der Motivenbericht betont (S. X), „die Kontinuität der Rechtsentwicklung gewahrt“, sich aber andererseits doch nicht der Einsicht verschließen können, daß der antisozialen Gesinnung und Veranlagung als solcher mit strafrechtlichen Mitteln entgegengearbeitet werden müsse.

Ob man nun diesen Mitteln den Namen Strafe gibt, oder sie, wie es der Entwurf tut, mit einem anderen Namen belegt, und ob man ihrer Anwendung einen der Strafe mehr oder weniger ähnlichen Charakter verleiht, ist vom Standpunkt des Schutzinteresses der Gesellschaft nicht entscheidend.

Jedenfalls müssen wir es begrüßen, daß der Entwurf Sicherungsmittel, deren Anwendung von der Frage des subjektiven Verschuldens unabhängig ist, einführt, denn nur so wird es gelingen, die Strafrechtspflege, die infolge des Widerstreites zwischen dem theoretischen Schuldgedanken und den Forderungen des wirklichen Lebens zum Tummelplatz der Sentimentalität geworden ist, wieder den Zwecken der Generalprävention dienstbar zu machen und von der unangebrachten Milde zu befreien, die man bisher unter dem Einfluß des Schuldbegriffes gerade denjenigen angedeihen ließ, welche ihrer am wenigsten würdig waren. Daß ein Kompromiß, wie es der Strafgesetzentwurf ist, den wünschenswerten Schutz der Gesellschaft vor antisozialen Elementen nicht im vollen Maße verwirklicht, ist selbstverständlich. Immerhin müssen wir in dem Entwurf einen wesentlichen Fortschritt erblicken.

Gewisse Sicherungsmittel kennt allerdings auch das geltende Strafrecht, aber sie sind, wie die Polizeiaufsicht, die Landesverweisung nach dem geltenden Rechte nur unter bestimmten, sehr enge gezogenen Voraussetzungen anwendbar und schon ihrer Natur nach nicht geeignet, das Schutzbedürfnis zu befriedigen. Die Zwangsarbeitsanstalten dienen dem Schutzbedürfnis zwar tatsächlich, aber das bezügliche Gesetz vom 24. Mai 1885 hat diesen Zweck der Zwangsarbeitsanstalten zu wenig berücksichtigt, vielmehr den Besserungszweck betont. Es berührt ganz eigentümlich, wenn man die Bestimmung liest:

„Die Anhaltung in einer Zwangsarbeitsanstalt darf ununterbrochen nicht länger als drei Jahre dauern. Tritt die Besserung früher ein, (!) so ist der Angehaltene vor Ablauf dieser Zeit zu entlassen.“ *)

Der Strafgesetzentwurf nimmt neun Arten von Sicherungsmitteln in Aussicht:

1. Verwahrung verbrecherischer Irrer.
2. Verwahrung geistig Minderwertiger.
3. Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher.
4. Verwahrung von Trinkern.
5. Anhaltung in einer Zwangsarbeitsanstalt (auf Grund des Gesetzes vom Jahre 1885).
6. Fürsorgeerziehung.
7. Polizeiaufsicht.
8. Landesverweisung.
9. Verfall von Gegenständen.

Als wesentliche Neuerungen interessieren uns außer der Fürsorgeerziehung (die in einem, vom Abgeordnetenhaus voraussichtlich demnächst zu erledigenden Sondergesetz geregelt werden soll und deshalb von der vorliegenden Besprechung ausgeschieden werden möge) die vom Entwurfe als „Verwahrung“ bezeichneten Sicherungsmittel, die wir im nachfolgenden etwas näher betrachten wollen.

In allen vier Fällen der Verwahrung handelt es sich um den Schutz der Gesell-

*) Diese Bestimmung soll durch Art. 18, Z. 4 des EGE. abgeändert werden.

schaft vor Gemeingefährlichen. Unter Gemeingefährlichkeit im Sinne des Entwurfes ist eine besondere Gefährlichkeit für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens zu verstehen (§ 36). Nicht umfaßt wird durch diese Legaldefinition die Gefährlichkeit für den Bestand und die Sicherheit des Staates, weil der Entwurf in dieser Richtung dem Schutzbedürfnisse der Gesellschaft durch die Strafbestimmungen genügen zu können glaubt, die Festsetzung des Begriffes Gemeingefährlichkeit aber nur für die Anwendung der Sicherungsmittel erfolgt ist.

Das Merkmal „besondere Gefährlichkeit" hat der Entwurf in seine Definition der Gemeingefährlichkeit aus dem Grunde aufgenommen, weil er bei minderen Graden der Gefährlichkeit eine in die Freiheit des einzelnen so tief einschneidende Maßregel, wie es die Sicherungsdetention ist, nicht für gerechtfertigt hält.

1. Die **Verwahrung gemeingefährlicher Irrer** bezeichnet der Entwurf als eine allgemein anerkannte Notwendigkeit und stellt dafür noch eine besondere Begründung mit den Worten auf:

„Die Aufnahme gemeingefährlicher Geisteskranker und zumal solcher, die eine mit schwerer Strafe bedrohte Tat begangen haben, führt in den allgemeinen Irrenanstalten zu einer Reihe schwerer Mißstände und Unzukömmlichkeiten; manche Irrenanstalten haben sich geradezu geweigert, solche Personen aufzunehmen. Daß sie dort dauernd angehalten werden, begegnet den größten Schwierigkeiten. Häufig werden sie — wenn sie überhaupt Aufnahme gefunden haben — bereits nach kurzer Zeit als geheilt oder gebessert entlassen, obwohl mit Sicherheit anzunehmen ist, daß sie wieder in ihren gefährlichen Zustand verfallen werden."

Diese Worte des Motivenberichtes bedürfen einer Klarstellung insofern, als sie den Anschein erwecken könnten, als läge die Schuld, daß die Verhältnisse so liegen, an den Irrenanstalten. In Wirklichkeit liegt die Ursache ganz anderswo, nämlich darin, daß der Zweck, Gemeingefährliche zu verwahren, mit dem Daseinszweck der bestehenden Irrenanstalten nicht übereinstimmt. Die Irrenanstalten haben die Aufgabe, zu pflegen und wenn möglich zu heilen, nicht aber, verbrecherisch Veranlagte, bei denen eine Heilung meistens gar nicht und eine Pflegebedürftigkeit erst in zweiter Linie in Frage kommt, hinter Schloß und Riegel zu halten. Eine moderne Irrenanstalt könnte einen solchen Zweck nicht, oder doch nur sehr mangelhaft erfüllen, weil ihr die Mauern und die Kerkermeister fehlen. In den Statuten mancher Irrenanstalten, wie z. B. der Salzburger Landesheilanstalt für Geisteskranke, wird daher die Direktion ausdrücklich ermächtigt, die Aufnahme krimineller Geisteskranker und geisteskranker Verbrecher, welche für die Pflege in der Anstalt nicht geeignet sind und keine Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung zulassen, abzulehnen. Der Salzburger Landes-Ausschuß hat in einem unlängst vorgekommenen Falle die Direktion beauftragt, von dieser Bestimmung des Statutes Gebrauch zu machen.

Aus den oben angeführten Gründen sieht der Entwurf im § 36 die Errichtung staatlicher Anstalten für verbrecherische Irre vor. Für die Abgabe einer Person in eine solche Anstalt stellt der Entwurf eine Reihe von Voraussetzungen auf. Der in die Anstalt Abzugebende muß:

erstens: geisteskrank sein,

zweitens: eine strenger als mit 6 Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen haben,

drittens: zur Zeit der Tat zurechnungsunfähig gewesen sein, so daß er wegen dieser Tat nicht verfolgt oder nicht verurteilt werden konnte,

viertens: wegen seines Geisteszustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als gemeingefährlich (im oben beschriebenen Sinne) anzusehen sein.

Man sieht, daß die Voraussetzungen für die Anwendung dieses Sicherungsmittels sehr strenge sind. Der Grund liegt vor allem darin, daß der Entwurf das Ergebnis eines Kompromisses zwischen einander entgegengesetzten kriminalpolitischen Anschauungen ist; ferner darin, daß für die Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher, die nicht geisteskrank sind, geistig Minderwertiger und Trunksüchtiger besondere Bestimmungen getroffen sind; endlich aber darin, daß die Anordnung der Verwahrung den Strafgerichten übertragen wird. Der Motivenbericht begründet diese Zuständigkeitsregelung damit, daß die Aufgabe, die Gemeingefährlichkeit zu beurteilen, den Strafgerichten am nächsten liege. „Sie sind in der Regel mit der Untersuchung des Falles schon befaßt und wenn sich erst in der Hauptverhandlung die Zurechnungsunfähigkeit des Angeklagten ergibt, werden die Grundlagen für die Anordnung der Verwahrung schon nahezu vollständig festgestellt sein. Wenn endlich nicht dieselbe Behörde über die Zurechnungsfähigkeit und die Verwahrung entscheidet, so können sich Unterschiede in der Beurteilung ergeben, die wiederum ein Versagen des staatlichen Schutzes zur Folge haben; es kann sich dann leicht ereignen, daß das Strafgericht einen Freispruch fällt, weil es den Täter für zurechnungsunfähig hält, und die zweite Behörde die Verwahrung nicht anordnet, weil sie den Täter vielleicht für gefährlich, aber nicht für geisteskrank ansieht". Mit Rücksicht auf die Zuständigkeit der Strafgerichte scheiden von der strafrechtlichen Regelung alle Fälle aus, die bloß vom Standpunkte der Irrenfürsorge eine Verwahrung als wünschenswert erscheinen lassen, ebenso aber jene Fälle, wo eine hochgradige Gemeingefährlichkeit zwar vorhanden ist, aber nicht durch eine an sich strafbare Tat enthüllt wird. Gegen diesen Standpunkt des Entwurfes läßt sich eine triftige Einwendung nicht erheben, denn es würde tatsächlich nicht angehen, die Strafgerichte auch dort in Tätigkeit treten zu lassen, wo nicht einmal in objektiver Beziehung ein strafbarer Tatbestand gegeben erscheint.

Daß der Entwurf eine mit mehr als sechsmonatlicher Freiheitsstrafe bedrohte Tat zur Voraussetzung macht, hat seinen Grund vorwiegend

in einer formellrechtlichen Erwägung: es wird nämlich hierdurch die Anordnung einer Verwahrung nach § 36 auf die Fälle der sachlichen Zuständigkeit der Gerichtshöfe eingeschränkt und vermieden, daß auch die Bezirksgerichte über die Verhängung der Sicherungsdetention zu erkennen haben. Ob durch die Berücksichtigung dieser formellrechtlichen Erwägung der Sache gedient ist, ist allerdings sehr zweifelhaft.*) Die Möglichkeit einer Anordnung nach § 36 wird dadurch von einem Zufallsmoment abhängig gemacht, und man wird, auch wenn man die Gemeingefährlichkeit längst erkannt hat, mit der Abgabe in eine staatliche Irrenanstalt so lange warten müssen, bis sich der Geisteskranke herbeigelassen hat, eine objektiv als Verbrechen oder Vergehen zu bezeichnende Tat zu verüben. Es wird sich also nach wie vor das Bestreben geltend machen, die verbrecherisch veranlagten Geisteskranken in den Landesheilanstalten unterzubringen, mag der betreffende Kranke auch eine große Zahl von kleineren Rechtsverletzungen auf dem Kerbholz haben und ausgesprochen gemeingefährlich sein. Ist aber solch ein Krimineller einmal in der Landesheilanstalt, dann ist er vor der staatlichen Anstalt und die staatliche Anstalt vor ihm so gut wie sicher: weil ihm in der Heilanstalt in der Regel die Gelegenheit fehlen wird, ein Rechtsgut in objektiv verbrecherischer Weise zu verletzen. Der Entwurf glaubt diese Bedenken mit der Bemerkung abtun zu können, daß die Regelung der aus dem Entwurfe ausscheidenden Fälle Aufgabe einer künftigen Irrengesetzgebung sein werde. Von einer solchen ist aber eine befriedigende Lösung des Problems nur dann zu erwarten, wenn sie wesentlich anders aussieht, als der seinerzeit vorgelegte Irrengesetzentwurf. Jedenfalls aber wird durch diesen Hinweis der Regierungsmotive dargetan, daß die Wiedereinbringung eines Irrengesetzentwurfes verfrüht wäre, solange der Strafgesetzentwurf nicht Gesetz geworden ist. Denn erst aus der endgültigen Fassung des neuen Strafgesetzes wird sich ermitteln lassen, welche Lücken eine Irrenrechtsreform auszufüllen haben wird.

Liegen die oben beschriebenen im § 36 des Strafgesetzentwurfes bezeichneten Voraussetzungen vor, so hat das Gericht die Abgabe des Geisteskranken in die Sicherungsanstalt zu verfügen.

Bezüglich der Dauer der Verwahrung bestimmt der § 36, daß der Kranke solange in der Anstalt zu bleiben habe, als seine Gemeingefährlichkeit dauert. Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen. Ausländer sind nur solange zu verwahren, bis sie an den Heimatstaat abgegeben werden können.

Die oben an dritter Stelle genannte Voraussetzung der Verwahrung — Zurechnungsunfähigkeit im Zeitpunkte der begangenen Tat — ist bedeutungsvoller, als sie bei flüchtiger Betrachtung erscheint; sie hat nämlich zur Folge, daß Personen, deren Geisteskrankheit erst im Laufe des Strafverfahrens oder des Strafvollzuges entstanden oder manifest geworden ist, der Verwahrung nach § 36 nicht unterzogen werden können. Allerdings sind nach § 582 StPE. Sträflinge, die geisteskrank werden, in eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abzugeben, wenn ihre Erkrankung eine andauernde ist: anderenfalls können sie in einer besonderen Abteilung der Strafanstalt oder des Gefangenhauses nach den für verbrecherische Irre geltenden Vorschriften verwahrt werden. Da aber in allen diesen Fällen „die Zeit der Verwahrung in die Strafzeit einzurechnen" ist, so muß man annehmen, daß die Verwahrung in der staatlichen Anstalt in diesen Fällen auf die Strafdauer beschränkt ist. Wird ein nach § 38 (als gemeingefährlicher Verbrecher) Verwahrter geisteskrank, so ist er in eine Anstalt für verbrecherische Irre abzugeben, doch bleibt hier die Verwahrung der zeitlichen Beschränkung unterworfen, die im § 38 StGE. für die Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher festgesetzt ist (§ 604 StPOE.).

2. **Die Verwahrung geistig Minderwertiger** wird im § 37 des Strafgesetzentwurfes geregelt. Im Gegensatze zum Schweizer Strafgesetzentwurfe erklärt der österr. Strafgesetzentwurf die geistig Minderwertigen nicht als straffrei und der Motivenbericht (S. 14) begründet dies vom Standpunkte seiner Schuldtheorie wie folgt: „Die geistig Minderwertigen aus dem Strafvollzug auszuscheiden, erscheint nicht als gerechtfertigt. Denn wenn sie richtig als geistig Minderwertige, also Zurechnungsfähige erklärt sind, ist damit ihre Verantwortlichkeit festgestellt. Daraus ergibt sich auch, daß sie einer Motivation durch die Strafe nicht unzugänglich sind. Ob sie allein ausreichen wird, um die Gefährlichkeit des Täters zu beheben, das kann freilich im Zeitpunkte des Urteils fraglich, unwahrscheinlich oder selbst zu verneinen sein, zumal da die Besserung oder Heilung des krankhaften Zustandes im Strafvollzug häufig nicht in dem Maße möglich ist, als wenn die Strafe wegfallen würde. Allein eine Behandlung, die lediglich dem Zwecke der Heilung dienen soll und diesem völlig angepaßt würde, bietet auch keine Gewähr, denn sie setzt keine abhaltenden Motive. Bei dieser Sachlage muß an dem Vollzuge der Strafe um so mehr festgehalten werden, als ein anderer Vorgang die generalpräventive Kraft der Strafdrohungen bedenklich erschüttern würde, zumal da die krankhaften Zustände geistig Minderwertiger dem Laien oft nicht als pathologische Zustände erkennbar sind und der Verzicht auf die Strafe dem Rechtsgefühl der Bevölkerung widersprechen würde. Wenn die Vorschläge des Entwurfes weit davon entfernt sind, jeden Beschuldigten dazu zu drängen oder in Versuchung zu führen, sich mit der Behauptung geistiger Minderwertigkeit zu verteidigen, so ist das eine Nebenwirkung, die für diese Vorschläge keines-

*) Die Verwahrung gemeingefährlicher Trunksüchtiger nach § 243 kann vom Bezirksgerichte ausgesprochen werden; es ist daher nicht abzusehen, warum nicht auch Geisteskranke vom Bezirksgerichte verwahrt werden sollen.

wegs maßgebend sein kann, aber nicht unerwünscht ist" (M. B. S. 14).

Der Standpunkt des Entwurfes muß gebilligt werden; denn es ist klar, daß die Bestrafung des geistigminderwertigen Verbrechers nicht genügen würde, die Gesellschaft zu schützen, und daß andererseits ein völliges Absehen von der Bestrafung nur Wasser auf die Mühle der sentimentalen Richtung wäre, die die gefährlichsten Glieder der menschlichen Gesellschaft in einer geradezu kontraselektorisch wirkenden Weise zu begünstigen bestrebt ist. Wie der Motivenbericht auf Seite 76 feststellt, „befinden sich unter den Verbrechern nicht wenige geistig minderwertige Personen und besonders unter denjenigen, die immer wieder gegen die Rechtsordnung sich vergehen. Diese Leute bilden eine ständige Gefahr für die allgemeine Sicherheit; Blutverbrechen, schwere Angriffe auf die Sittlichkeit, aber auch auf fremdes Vermögen gehen vielfach von ihnen aus und bei den heute bestehenden Einrichtungen wird in dem Zeitpunkt, in dem ein Sträfling dieser Art den Strafvollzugsort verläßt, oft nahezu mit Sicherheit gesagt werden können, daß er binnen kurzem neuerdings schweres Unheil anrichten wird. Das ist ein unhaltbarer Zustand!"

Die Verwahrung geistig Minderwertiger unterscheidet sich, wie schon aus dem Gesagten hervorgeht, von der Verwahrung verbrecherischer Irrer vor allem dadurch, daß sie die Verurteilung des Anzuhaltenden zu einer Strafe und den Ablauf des Vollzuges dieser Strafe voraussetzt; daß der Strafvollzug erforderlichenfalls der Eigenart des Sträflings anzupassen ist, wurde schon an anderer Stelle bemerkt. Im einzelnen stellt der Entwurf für die Verwahrung geistig Minderwertiger nachstehende Voraussetzungen auf:

Erstens: Der zu Verwahrende muß ein Verbrechen oder ein mit einer sechs Monate übersteigenden Freiheitsstrafe bedrohtes Vergehen begangen haben;

zweitens: er muß wegen dieser Tat zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden sein;

drittens: er muß zur Zeit der Tat „geistig minderwertig" gewesen sein, d. h. die Fähigkeit, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, muß zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert gewesen sein;

viertens: er muß wegen seines Zustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als gemeingefährlich anzusehen sein.

Bezüglich der Angemessenheit dieser gesetzlichen Voraussetzungen kann im großen und ganzen auf das bei der Verwahrung verbrecherischer Irrer Gesagte verwiesen werden. Liegen die angeführten Voraussetzungen vor, so ist die Verwahrung zulässig, aber noch nicht unbedingt geboten. Deshalb heißt es im Entwurfe: „kann nach dem Vollzuge der Strafe weiterhin verwahrt werden", nicht „ist zu verwahren". Das Gericht soll vielmehr im Anschluß an das Strafurteil die Verwahrung nur für zulässig erklären und zunächst den Vollzug der verhängten Strafe anordnen. Vor dem Ablauf des Strafvollzuges hat das Gericht dann auf Grund der Ergebnisse desselben zu prüfen, ob die Gemeingefährlichkeit behoben ist. Gelangt das Gericht zu dieser Überzeugung nicht, dann ordnet es an, daß der Verurteilte nach dem Vollzuge seiner Strafe in einer besonderen staatlichen Anstalt oder in einer besonderen Abteilung einer für die Verwahrung verbrecherischer Irrer bestehenden staatlichen Anstalt zu verwahren sei. Die Verwahrung ist nicht auf eine bestimmte Zeit beschränkt, sondern sie hat solange zu dauern, bis die Gemeingefährlichkeit behoben ist. Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen. Ausländer sind solange zu verwahren, bis sie an den Heimatstaat abgegeben werden können.

Zweck der Verwahrung ist sowohl bei „verbrecherischen Irren" als auch bei „geistig Minderwertigen" in erster Linie der Schutz der Gesellschaft vor diesen Elementen, daneben soll aber durch ärztliche Behandlung auch die Heilung oder Besserung des krankhaften Zustandes angestrebt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Das Problem der Paralysetherapie** behandelt Priv.-Doz. Dr. Oskar Fischer (Prag) in einem längeren Aufsatz in der Prager med. Wochenschrift, Nr. 2 und 3, 1913. Die Zusammenstellung seiner gesamten, aus dem Sanatoriumsmaterial stammenden Fälle von Paralyse, die mit Nuklein behandelt wurden (die Fälle der letzten Monate nicht eingerechnet), ergab:

ohne Einfluß blieb die Behandlung bei 7 Fällen = 39,0%,

leichte Remission zeigten 3 Fälle = 16,6%,

weitgehende Remission derart, daß die Kranken wie in gesunder Zeit erschienen, zeigten 8 Fälle = 44,4%, also in 61% deutliche Remission, ein Prozentsatz, der mit den Resultaten von Donath — mit Nuklein — und von Pilcz — mit Tuberkulin — sehr schön übereinstimme. (Spontanremissionen sind sehr viel seltener, und unter ihnen überdies sind viele Fälle, die eine septische Erkrankung überstanden haben, die mit Fieber und Leukozytose einhergeht; solche Fälle könne man nicht zu Spontanremissionen rechnen.) Mit den psychischen Symptomen gingen auch die somatischen häufig zurück, ausgenommen vorherige Abschwächung oder Fehlen der Sehnenreflexe. F. weist auf den recht auffallenden Umstand hin, daß die meisten der „geheilten" Paralysen der Literatur in der Folgezeit ihre tabischen Symptome behielten. — Nur in einem Falle

wurde die Wassermann-Reaktion des Blutes vorübergehend negativ, sonst blieb sie auch in den weitgehenden Remissionen positiv. Über die Methode der Nukleinbehandlung macht F. folgende Angaben:

Der beabsichtigte biologische Effekt ist eine wochen- bis monatelang anhaltende Blutleukozytose. Zu diesem Zwecke injiziert man in gewissen Abständen Natr. nucleinicum in 10 proz. wässeriger Lösung subkutan; etwas schwächer konzentrierte Lösungen bei gleicher Menge des eingeführten Nukleins führen zwar zu etwas stärkerer Leukozytose; doch scheint diese geringe Differenz in der Intensität der Leukozytose für den Erfolg belanglos zu sein und man ist in der günstigen Lage, bei der höheren Konzentration mit weniger Flüssigkeit auszukommen. Donath verwendete ursprünglich bis 2 proz. Lösungen, hat aber jetzt zu der von mir seit jeher empfohlenen 10 proz. Lösung gegriffen. Man fängt mit $^1/_4$ g an; einige Stunden darauf kommt es zu einer lokalen Entzündung der Haut und nach 12—20 Stunden zu einer Blutleukozytose von 10—16000; wenn die Leukozytenzahl wieder zur Norm zurückkehrt, wird in steigender Dosis weiter injiziert, zuerst $^1/_2$ g, weiter steigend bis zu 1,5—2,0 g pro dosi; diese Dosis ist dann eine Zeit lang weiter zu geben. Die Abstände zwischen den einzelnen Injektionen sind nicht genau bestimmt, es ist am besten, wenn man sich nach der Zahl der Leukozyten richtet; meist sind es 3—5 Tage. Unter Umständen kommt es dabei auch zu Temperatursteigerungen, die aber selten mehr als 38,5 betragen, dagegen steigt die Leukozytenzahl oft bis 20000—25000, selten mehr, u. zw. nur dann, wenn man in kürzeren Abständen injiziert; die Frage, ob die Erzielung einer sehr hohen Leukozytose besser ist, kann ich nach meinen Erfahrungen noch nicht beantworten. Manchmal kommt es zu starker schmerzhafter Rötung und Schwellung an der Hautstelle, was aber sonst keine Bedeutung hat, auch wenn das ganze einem Erysipel ähnlich ist. Wie lange eine solche Injektionskur zu dauern hat, ist natürlich recht schwer zu bestimmen; nach meiner Erfahrung sollte man unter 20 Injektionen nicht gehen, doch habe ich bei einem Kranken 80 Injektionen mit einer Gesamtmenge von 55 g Nuklein angewendet, und dies in einem Falle, der ursprünglich recht hartnäckig war und schließlich doch eine auffallende weitgehende Remission zeigte, die noch besteht.

Auch bei der Tuberkulinbehandlung fängt man mit kleinen Dosen an und steigt allmählich zu größeren. Wenn man recht vorsichtig vorgehen will, so beginnt man mit 0,001 oder noch weniger, um festzustellen, ob das betreffende Individuum frei von irritablen tuberkulösen Herden ist; erst dann beginnt man die eigentliche Injektionskur mit einer Dosis von 0,01. Man steigt dann in Abständen von 2 und mehr Tagen um 1—2 cg und kann so je nach der Stärke der erzielten Reaktionen bis zu Dosen von 1—3 dg kommen. Ja v. Wagners Patienten vertrugen anstandslos auch bis 1 g Tuberkulin.

Dem Nuklein gibt F. den Vorzug vor dem Tuberkulin, weil man auch bei vorsichtigen Probeinjektionen von Tuberkulin nicht immer mit Sicherheit einen latenten tuberkulösen Herd ausschließen könne, der im Verlauf der Kur nicht angefacht werden könnte.

Rezidive nach „Nukleinheilungen" sind beobachtet.

Behandlung der Paralyse in den Frühstadien wird vielleicht mehr Chancen dauernder wirklicher Heilung bieten; heutzutage ist eine frühe Behandlung eher zu erreichen; sie ist schon angebracht, wenn ein Kranker einige Jahre nach einer syphilitischen Infektion eine positive Wassermann-Reaktion im Blute, eine Pleozytose und eventuell gar einen positiven Wassermann im Liquor hat und wenn klinisch nur Verdacht auf Paralyse besteht.

F. hat in letzter Zeit noch das von der Therapie der Lepra bekannte Chaulmoograöl (Oleum gynocardiae) verwendet, welches sowohl subkutan als auch per os einverleibt Leukozytose hervorruft: und zwar eignet sich für therapeutische Zwecke am besten das gereinigte Chaulmoograöl von Bayer & Co., das unter dem Namen Antileprol in den Handel kommt. Er hat damit sehr hohe und langdauernde Leukozytosen erzielt, kann aber wegen der noch recht kurzen Zeit nicht schon über Erfolge berichten. Seit einiger Zeit kombiniert F. Nuklein mit Tuberkulin, indem er einer Serie von Nukleininjektionen eine Serie von Tuberkulininjektionen folgen läßt und dies einige Male wiederholt. Man kommt dabei mit viel geringeren Einzeldosen aus. Neuerdings macht F. Versuche mit einer Verbindung von Quecksilber mit Nuklein (Ciba-Werke in Basel), die wohl eines der stärksten leukozytentreibenden Mittel ist. Es ist in Wasser löslich und wird in 10% Lösung injiziert. Es enthält 10% Quecksilber. F. injiziert 0,05 bis 0,2 g der Substanz. Es entsteht bald eine starke, oft schmerzhafte lokale Entzündung, manchmal auch Temperatursteigerung. Die Remissionen scheinen sich schneller zu entwickeln als bei den anderen Mitteln; die Leukozytose ist wesentlich höher.

Das Dogma von der Unbeeinflußbarkeit der progressiven Paralyse kann, sagt F., nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die bisherigen Resultate müssen als ein Fortschritt bezeichnet werden; es sei, sagt F., unsere ärztliche Pflicht, einen jeden Paralytiker einer solchen Kur zu unterziehen. Mit weiteren Erfahrungen würden sich Gesichtspunkte ergeben, die zu noch weiteren Erfolgen führen können.

— **Leipzig-Dösen.** Am 13. dieses Monats fand die Grundsteinlegung für das Heilerziehungsheim Kleinmeusdorf statt, das der Fürsorgeverband Leipzig errichtet. In dieses sollen alle Zöglinge, die dem Verbande überwiesen werden, aufgenommen und in ihm auf ihren psychischen Zustand untersucht und beobachtet werden, bevor ihre Unterbringung in eine Anstalt oder Familie erfolgt. Das Heim wird unter die Oberleitung des Direktors der Anstalt Dösen gestellt.

— Geheimrat Dr. **Ganser**, Dresden, dirig. Arzt der städtischen Heil- und Pflegeanstalt, beging am 24. 1. 1913 seinen **60. Geburtstag**; aus diesem Anlaß wurde ihm eine Festschrift, enthaltend 21 fachwissenschaftliche Beiträge seiner ehemaligen und jetzigen Assistenten und Schüler, erschienen im Verlag Julius Springer (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Alzheimer-Lewandowsky), redigiert von Dr. Germanus Flatau, überreicht. — Auch die Redaktion dieser Wochenschrift beglückwünscht Herrn Geh.-Rat Ganser aufs herzlichste.

Die Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst a. Main haben anläßlich des

50jährigen Bestehens

eine umfangreiche illustrierte Festschrift herausgegeben, an deren reichem Inhalt auch die medizinische Wissenschaft reges Interesse zu nehmen Anlaß hat. Die Anilinfarben sind es besonders, um deren Herstellung die Höchster Farbwerke sich unvergängliche Verdienste erworben haben, wir nennen als für die Mikroskopie unentbehrliche: Fuchsin, Methylviolett, Methylgrün, Malachitgrün, Alizarin, Eosin. Den Farbwerken gelang es 1873 zum ersten Mal, Anilinfarben ohne Arsensäure darzustellen. Seit 1883 widmeten sie sich auch der Herstellung pharmazeutischer Präparate, unter denen zunächst zu nennen ist das Antipyrin. An-

fang der 90er Jahre wurde eine bakteriologische und Serum-Abteilung begründet. Libbertz, ein Assistent Kochs, übernahm 1892 die Leitung des neueingerichteten Betriebes. Robert Koch war den Farbwerken ein stets hülfbereiter Berater von hervorragender Sachkunde und unbeirrbarer Objektivität. Ferner war es das Eintreten der Farbwerke, wodurch es Behring gelang, sein Diphtherie-Serum so zu vervollkommnen, daß es im August 1894 den Aerzten übergeben werden konnte. Auch die Herstellung des Behringschen Tetanus-Antitoxins übernahmen später die Farbwerke. Der Lageplan der bakteriologischen und Serum-Abteilung gibt ein Bild von der Großzügigkeit und Mannigfaltigkeit der wissenschaftlichen Einrichtungen. Man kann sich einigermaßen eine Vorstellung von dem Umfange des Betriebs machen, wenn man liest, daß Stallungen für mehr als 200 Pferde und andere Versuchstiere vorhanden sind. Von neueren pharmazeutischen Präparaten, die aus den Farbwerken hervorgegangen sind bezw. dort hergestellt werden, sind erwähnt Orthoform, Nirvanin, Anästhesin, Novokaïn, Suprarenin, bei welch' letzterem zum ersten Male die praktische Synthese eines natürlichen Alkaloids (abgesehen von den Purinbasen) erfolgte, Melubrin, Sajodin, Sabromin, Erepton (Aminosäuren aus künstlich verdautem Fleisch nach Prof. Abderhalden in Halle a. S.), Hediosit, und last not least, Salvarsan und Neosalvarsan. Die Geschichte der Farbwerke ist ein gut Teil der Geschichte der angewandten Chemie.

Von der Ausdehnung des Betriebs der Farbwerke in Höchst gibt eine Vorstellung die in dem Verwaltungsbericht enthaltene Notiz, daß 1912 8,6 Millionen Mark Löhne und 5,2 Millionen Mark Gehälter und Gratifikationen gezahlt wurden. Daß in einem solchen Riesenbetriebe, wo ca. 9000 Personen beschäftigt sind, die soziale Fürsorge für die Angestellten und Arbeiter nach jeder Richtung sich hat reich entfalten dürfen (Warenhaus, Bäckerei mit Kaffee- und Teestube, Park, Bibliothek, Festhalle, Sportplätze, Haushaltungsschule, Menagen, Restauration, Genesungsheim, Wöchnerinnenheim, Arbeiter- und Beamtenwohnungen [eigene Aktiengesellschaft], Sparkasse, Pensionskasse, unentgeltliche juristische Beratung für die Arbeiter in allen Angelegenheiten etc.) und in Großzügigkeit nicht hinter der Organisation der Farbwerke selbst zurücksteht, das gewährt den Eindruck eines recht harmonisch und glücklich gefügten Ganzen und Vollkommenen, dem man weiterhin ein erfolgreiches, segenbringendes Wirken im Dienst der ärztlichen Wissenschaft, der Chemie und Technik wünschen muß.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 44. 1. Februar 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Der österreichische Strafgesetzentwurf und die öffentlichen Heilanstalten für Geisteskranke.

Referat, im Auftrage des Salzburger Landesausschusses erstattet bei der Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Von Dr. jur. *Karl Grassberger*, Landessekretär in Salzburg.

(Fortsetzung.)

3. Die dritte Art der Sicherungsdetention ist die **„Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher“.**

Der Motivenbericht rechtfertigt diese Maßregel durch den Hinweis auf die außerordentlich große Wichtigkeit einer energischen Bekämpfung des Rückfalles. Auch in Österreich zeige sich die Zunahme des Rückfalles, „eine Erscheinung, die der Kriminalität der Jetztzeit das Gepräge gibt“.

Die Vorschriften über die Verwahrung verbrecherischer Irrer und gemeingefährlicher geistig Minderwertiger genügen auch nach Ansicht des Motivenberichtes nicht, um die Gesellschaft vor Gemeingefährlichen zu schützen; denn nicht bei allen Gewohnheitsverbrechern sei geistige Minderwertigkeit anzutreffen. Der Motivenbericht bemerkt hierzu: „Der von mancher Seite vertretenen Ansicht, daß eine hochgradige kriminelle Veranlagung als Geisteskrankheit anzusehen und diese Verbrecher gleich Zurechnungsunfähigen zu behandeln seien, konnte sich der Entwurf nicht anschließen. Diese Ansicht kann nicht als begründet angesehen werden. Einem Gesetze zugrunde gelegt, würde sie zu Ergebnissen führen, die dem herrschenden Rechtsgefühl durchaus zuwiderlaufen müßten.“ (M. B. S. 77.)

Wenn der Motivenbericht behauptet, nicht bei allen Gewohnheitsverbrechern sei geistige Minderwertigkeit anzutreffen, so muß man sich zum Verständnisse dieser scheinbar widerspruchsvollen Anschauung vergegenwärtigen, daß der Entwurf unter „geistiger Minderwertigkeit“ einen andauernden krankhaften Zustand versteht. Aber auch die nicht „geistig minderwertigen“ Gewohnheitsverbrecher bezeichnet der Motivenbericht (S. 77) als „abnormale Erscheinungen unter der großen Masse der Straffälligen überhaupt“; die schwersten Freiheitsstrafen üben auf diese Individuen weder einen bessernden noch einen abschreckenden Einfluß aus, die Gesellschaft müsse daher vor ihnen durch besondere Maßregeln geschützt werden. Der Motivenbericht belegt diese seine Ansicht durch zwei sehr interessante Strafkartenbeispiele, und es ist nur zu bedauern, daß der Motivenbericht aus dem sicherlich außerordentlich großen Strafkartenmateriale, das für diese Beweisführung zur Verfügung stand, nicht eine größere Anzahl von Beispielen bringt, um diejenigen, in deren Händen nun das weitere Schicksal des Entwurfes liegt, von der Richtigkeit seines Standpunktes zu überzeugen.

Als Zweck der Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher bezeichnet der Entwurf „das Unschädlichmachen für solche Fälle, in welchen keine Hoffnung mehr besteht, durch die sonst angewendeten Mittel den Verbrecher von weiteren strafbaren Handlungen abhalten zu können“. Ferner sollen durch diese Einrichtung die Nachteile, die sich aus der voraussichtlichen Abneigung der Gerichte gegen die Verhängung höherer Strafen über Rückfällige ergeben würden, wettgemacht und der Konflikt zwischen dem (nach der herrschenden Strömung) auf milde Bestrafung plädierenden Vergeltungsbedürfnis und dem eine langdauernde Freiheitsbeschränkung erheischenden Schutzbedürfnis beseitigt werden.

Die Voraussetzungen für die Verwahrung (Sicherungsdetention) gemeingefährlicher Verbrecher sind nach § 38 StGB. folgende:

Erstens: der zu Verwahrende muß mindestens zwei Kerkerstrafen wegen Verbrechen gegen die Sicherheit des Geldverkehrs, gegen die Sittlichkeit, gegen Leib und Leben, wegen Verbrechen des Diebstahles und verwandter Delikte, der Erpressung oder des Raubes, des Betruges, der Benachteiligung von Gläubigern, der strafbaren Ausbeutung, Hehlerei,

Begünstigung, des Erwerbs verdächtiger Sachen, oder eines im Abschnitte über „gemeingefährliche strafbare Handlungen" aufgeführten Verbrechens verbüßt haben. Zu beachten ist hier zweierlei: in beiden Fällen der Vorbestrafung muß die Tat ein Verbrechen und die Strafe eine Kerkerstrafe gewesen sein. Dagegen wird nicht erfordert, daß in beiden Fällen ein gleichartiges Verbrechen begangen wurde; es genügt, daß jede der den beiden Vorstrafen zugrundeliegenden Strafhandlungen in irgendeine der aufgezählten Verbrechenskategorien fällt.

Zweitens: der zu Verwahrende muß innerhalb der Zeit von 5 Jahren nach dem Vollzuge der letzten der beiden Vorstrafen wieder ein Verbrechen begangen haben, das unter eine der aufgezählten Verbrechenskategorien zu subsumieren ist. Hierbei wird jedoch die Zeit, während der der Täter wegen einer anderen strafbaren Handlung eine Freiheitsstrafe verbüßte oder ihm wegen des Vollzuges eines Sicherungsmittels die Freiheit entzogen war, in den Zeitraum von fünf Jahren nicht eingerechnet.

Eine im Ausland verbüßte Strafe ist als Vorstrafe im Sinne des § 38 zu berücksichtigen, wenn die Tat nach inländischem Recht eines der angeführten Verbrechen bildet und die Art der verbüßten Strafe der inländischen Kerkerstrafe gleichkommt.

Drittens: der zu Verwahrende muß in Anbetracht der von ihm verübten Verbrechen als gemeingefährlich erscheinen.

Viertens: es muß die Annahme begründet sein, daß er sich von weiteren strafbaren Handlungen nicht abhalten lassen werde.

Fünftens: er muß Inländer sein (Ausländern gegenüber wird in der Regel das Ausweisungsrecht genügen).

Ebenso wie die Verwahrung geistig Minderwertiger erfolgt also auch die Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher im Anschluß an den Strafvollzug. Liegen die angeführten Voraussetzungen vor, so ist, ebenso wie dort, die Verwahrung zulässig, aber noch nicht unbedingt geboten. Das Gericht soll zunächst im Anschluß an das Urteil die Verwahrung nur für zulässig erklären und erst auf Grund des Ergebnisses des Strafvollzuges entscheiden, „ob der Verurteilte entlassen werden könne oder wegen fortdauernder Gemeingefährlichkeit in einer besonderen Anstalt oder in einer besonderen Abteilung einer Strafanstalt anzuhalten sei". — Die Entscheidung wird dem Gerichte allerdings schwer fallen, denn wer wird bei einem Nichtkranken auf Grund der Ergebnisse des Strafvollzuges entscheiden können, ob die Gemeingefährlichkeit fortdauere oder nicht? — Man kann den Sträflingen in der Strafanstalt doch keine Gelegenheit zur Begehung von Verbrechen geben, um ihre sittliche Läuterung zu erproben. Tatsächlich wird die Gemeingefährlichkeit nach dem Strafvollzug fast immer genau in dem gleichen Maße vorhanden sein wie vorher. Die im Zeichen der Milde stehende Praxis dagegen wird regelmäßig geneigt sein, die Gemeingefährlichkeit als behoben zu betrachten und nur demjenigen Sträfling die sittliche Läuterung absprechen, der ungeschickt genug war, durch ein äußerlich unbotmäßiges Benehmen das Fortdauern seiner Gemeingefährlichkeit recht anschaulich an den Tag zu legen. Voraussichtlich wird es also ziemlich selten zu einer Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher kommen; aber auch dort, wo es dazu kommt, darf die Anhaltung zehn Jahre nicht übersteigen. Der Entwurf sucht diese zeitliche Beschränkung durch den Hinweis zu rechtfertigen, daß die Verwahrung nicht über das Maß der zwingenden Notwendigkeit hinausgehen solle; da nun die erste Verurteilung zu einer Kerkerstrafe erst eintreten könne, wenn der Täter zur Zeit der Tat das 18. Lebensjahr vollendet habe (§ 56), so werde, bis es zur Verwahrung komme und überdies zehn Jahre verstrichen seien, der Verbrecher meist ein Alter erreicht haben, „in dem in der Regel die besondere Gefährlichkeit aufhört oder doch wesentlich gemindert ist" (M. B. S. 84). Diese Anschauung des Motivenberichtes klingt ja sehr tröstlich, aber der Wirklichkeit scheint sie doch einige Gewalt anzutun. Rechtfertigen läßt sich die zeitliche Beschränkung lediglich vom Standpunkt des Kompromisses, als dessen Ergebnis der Motivenbericht den Entwurf an anderer Stelle freimütig bezeichnet. — Nach Ablauf von mindestens drei Jahren kann der Täter endgültig oder auf Widerruf entlassen werden.

4. Die Verwahrung **gemeingefährlicher Trunksüchtiger** ist nur insofern als eine selbständige Art der Verwahrung zu betrachten als auf den Trunksüchtigen nicht eine der bereits besprochenen Verwahrungsarten Anwendung findet.

Vergegenwärtigen wir uns die Stellung, die der Entwurf zur Frage der strafrechtlichen Behandlung der Trunksucht einnimmt.

Wer zur Zeit der Tat wegen Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinsstörung nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln, gilt nach § 3 als zurechnungsunfähig, und zwar auch dann, wenn die psychische Störung auf Trunkenheit zurückzuführen ist. Wie der Motivenbericht bemerkt (S. 8), hat sich der Entwurf „dazu nicht entschließen können, der englischen Rechtsauffassung folgend, die Trunkenheit nicht als einen Fall der Zurechnungsunfähigkeit anzuerkennen. Diese Lösung würde dem kontinentalen Rechtsbewußtsein zuwiderlaufen und auch zu zwecklosen oder übertrieben harten Strafen führen". War durch Trunkenheit die Zurechnungsfähigkeit nicht aufgehoben, sondern nur herabgesetzt, geschwächt, so wird der Täter wegen seiner Tat bestraft, und die durch verschuldete Trunkenheit bewirkte Herabsetzung seiner Zurechnungsfähigkeit nicht als Milderungsgrund anerkannt (§ 47); stellt sich die Trunksucht aber als ein andauernder krankhafter Zustand dar, dann gilt der Täter als geistig Minderwertiger, er wird nach den Vorschriften über die strafrechtliche Behandlung der geistig Minderwertigen (§ 48 StGE., § 588 StPE.) bestraft und, falls er gemeingefährlich ist und die sonstigen Voraussetzungen der Sicherungsdetention zutreffen, nach Ablauf der Strafe gemäß § 37 weiterhin verwahrt. Ist jedoch die Trunkenheit

in einem solchen Maße vorhanden, daß sie eine die Zurechnungsfähigkeit ausschließende Geisteskrankheit bildet, dann bleibt der Täter zwar straflos, er wird aber im Falle der Gemeingefährlichkeit und des Zutreffens der sonstigen Voraussetzungen nach § 36 in Verwahrung genommen.

Wir haben somit im Sinne des Entwurfes zu unterscheiden:

Erstens: pathologische Trunksüchtige, deren Trunksucht eine die Zurechnungsfähigkeit ausschließende Geisteskrankheit bildet. Der Motivenbericht (S. 85) bezeichnet es hier als gleichgültig, ob der Täter zur Zeit der Tat berauscht war oder nicht, da ja schon der chronische Zustand die Zurechnungsunfähigkeit bedingt. Der Täter ist straflos, er wird aber, wenn er gemeingefährlich ist, unter den Voraussetzungen des § 36 als „irrer Verbrecher" verwahrt.

Zweitens: pathologische Trunksüchtige, deren Trunksucht sich als ein andauernder krankhafter Zustand darstellt, welcher die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließt, aber vermindert. In diesem Zustande verminderter Zurechnungsfähigkeit wurde eine strafbare Handlung begangen; der Täter wird wegen dieser strafbaren Handlung bestraft und, wenn er gemeingefährlich ist, unter den Voraussetzungen des § 37 als geistig Minderwertiger nach der Strafe weiterhin verwahrt.

Drittens: pathologische Trunksüchtige der unter „Zweitens" genannten Art. Die Rechtsverletzung wurde jedoch in einem, völlige Zurechnungsunfähigkeit begründenden Zustande akuter Trunkenheit begangen. Eine Bestrafung wegen der begangenen Tat kann hier nicht erfolgen (§ 3).

Viertens: nicht pathologische Trinker, die sich in dem einzelnen, den Gegenstand der gerichtlichen Untersuchung bildenden Falle im Zustande der Trunkenheit befunden haben. Durch die Trunkenheit war die Zurechnungsfähigkeit nur herabgesetzt, nicht aufgehoben: der Täter wird wegen der begangenen Handlung bestraft; die Tatsache der Trunkenheit wirkt strafmildernd, wenn sie unverschuldet war, und ist für die Strafbemessung irrelevant, wenn die Trunkenheit verschuldet war.

Fünftens: nicht pathologische Trinker der unter „Viertens" bezeichneten Art (die also im konkreten Falle betrunken waren), bei denen aber zur Zeit der Tat die Zurechnungsfähigkeit durch die Trunkenheit völlig aufgehoben war: eine Bestrafung wegen der begangenen Tat kann hier nicht erfolgen. [Es wäre denn, daß der Täter sich absichtlich in den Zustand der Trunkenheit versetzt hat, um die Tat zu verüben; eine zu einem solchen Zwecke vom Täter absichtlich herbeigeführte Bewußtseinsstörung wirkt selbstverständlich nicht als Strafausschließungsgrund (vergl. M. B. S. 9)].

In den unter „Drittens" und „Fünftens" bezeichneten Fällen kann (von der eben erwähnten Ausnahme abgesehen) der Täter wegen der begangenen Tat nicht bestraft werden. Die Bestimmung des § 242 sorgt aber dafür, daß er unter gewissen Voraussetzungen wegen Trunkenheit bestraft werden kann. Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig in den Zustand einer die Zurechnung ausschließenden Trunkenheit versetzt, wird nämlich nach § 242 mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten bestraft, wenn er in diesem Zustande eine Tat verübt, die ihm sonst als strafbar zuzurechnen wäre und die strenger als mit sechs Monaten Freiheitsstrafe bedroht ist. (Ist die in der Trunkenheit verübte Tat eine derartige, die nur mit Ermächtigung oder auf Privatanklage zu verfolgen ist, dann kann der Täter nach § 242 nur mit Ermächtigung verfolgt werden.)

Bei der Frage, ob die in der Trunkenheit verübte Tat an sich strafbar wäre, müssen außer der Trunkenheit alle anderen Strafausschließungsgründe berücksichtigt werden. Gegen diese Bestimmung ist an sich wohl nichts einzuwenden. Bedenklich ist es aber, daß auch hier die Verübung einer mit mehr als sechsmonatlicher Freiheitsstrafe bedrohten Tat zur Voraussetzung gemacht wird. Denn hierdurch wird die Begehung einer solchen Tat gleichzeitig zur Voraussetzung für die Verwahrung gemeingefährlicher Trunksüchtiger.

Nach § 243 können nämlich diejenigen Personen, die gemäß § 242 verurteilt worden sind, weiterhin verwahrt werden, wenn sie wegen ihres Hanges zur Trunksucht und mit Rücksicht auf ihren Lebenswandel und die Eigenart ihrer Tat als gemeingefährlich anzusehen sind.

Der § 243 bildet, wie wir gesehen haben, nicht die einzige Grundlage für die Verwahrung Trunksüchtiger; wo eine Anordnung der Verwahrung nach § 36 oder 37 (also nach den für irre Verbrecher oder für geistig Minderwertige geltenden Bestimmungen) zulässig ist, soll sie auch auf Trunksüchtige Anwendung finden, und ebenso bildet Trunksüchtigkeit eines gemeingefährlichen Gewohnheitsverbrechers kein Hindernis, daß derselbe als solcher nach § 38 verwahrt werde. Die Bestimmung des § 243 ist also eine subsidiäre, sie soll die Verwahrung derjenigen gemeingefährlichen Trinker ermöglichen, die einer Verwahrung nach §§ 36, 37 oder 38 nicht unterzogen werden können. Freilich reicht die Bestimmung des § 243 nicht annähernd aus, um all diese gemeingefährlichen Trinker zu treffen; sie trifft nur diejenigen, bei denen die vom § 242 vorausgesetzten zufälligen Umstände vorhanden sind. Bedenkt man nun weiter, daß auch die Verwahrung pathologischer Trinker nach §§ 36 und 37 nur unter enggezogenen Bedingungen zulässig ist, so kann man dem Motivenberichte nicht Recht geben, wenn er auf S. 227 behauptet, der Entwurf sorge „nur für die gemeingefährlichen Trunksüchtigen". Er sorgt nur für einen Teil der gemeingefährlichen Trinker. Entschuldigt kann dies lediglich mit der Tatsache werden, welche nach dem Motivenberichte den Grund bildet, aus dem der Ent-

wurf die nicht gemeingefährlichen Gewohnheitstrinker von seiner Vorsorge ausschließt; es fehlen uns die nötigen Einrichtungen und wo es allenthalben an Geld gebricht, kann auch das bestgemeinte Gesetz die Trinkerheilanstalten nicht aus der Erde stampfen und muß sich auf das Nötigste beschränken.

Die Verwahrung Trunksüchtiger nach § 243 soll nach dem Vollzuge der Strafe erfolgen und in der für Trunksüchtige bestimmten Abteilung der im § 36 bezeichneten, für die Verwahrung verbrecherischer Irrer bestimmten staatlichen Anstalten durchgeführt werden. Die Dauer der Verwahrung ist unbestimmt; der Trinker bleibt in der Anstalt, solange seine Gemeingefährlichkeit dauert. Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen. Ausländer sind solange zu verwahren, bis sie an den Heimatstaat abgegeben werden können.

Da das im § 242 StGE. bezeichnete Delikt zu den „Übertretungen" gehört (§ 2), wird zur Strafamtshandlung hierüber und zur Beschlußfassung über die Verwahrung nach § 243 regelmäßig das Bezirksgericht zuständig sein.

Der Zweck der Verwahrung ist auch hier in erster Linie Sicherung der Gesellschaft, in zweiter Heilbehandlung des Verwahrten.

Der Vollständigkeit halber sei hier erwähnt, daß der Entwurf in seinem besonderen Teile und im Einführungsgesetze noch einige Bestimmungen enthält, die der Bekämpfung der Trunksucht dienen: § 470 StGE. stellt die Verabreichung geistiger Getränke an unbeaufsichtigte Unmündige und an offenbar Trunkene unter Strafe, Artikel 48 des Einf.-GE. erklärt Forderungen aus der Verabreichung geistiger Getränke unter gewissen Voraussetzungen als unklagbar und unkompensierbar, § 473 StGE. bedroht den Abschluß eines verbotenen Vertrages über Zechschulden, § 471 die Vornahme gefährlicher Verrichtungen im Zustande der Trunkenheit, § 472 denjenigen, der sich vorsätzlich oder fahrlässig in den Zustand der Trunkenheit versetzt, wenn er durch sein Verhalten an öffentlichen Orten Ärgernis erregt und wenn er dem Trunke ergeben ist, mit Strafe; dagegen wird die Aufstellung eines Wirtshausverbotes für notorische Trunksüchtige abgelehnt. Der Motivenbericht beschäftigt sich mit der Frage des Wirtshausverbotes bei der Besprechung der Strafmittel. Er macht gegen die Einführung des Wirtshausverbotes zweierlei Bedenken geltend. Erstens, daß es die Ehre des zum Wirtshausverbot Verurteilten empfindlicher treffen würde, als eine Haftstrafe; zweitens, daß es nur in kleinen Verhältnissen namentlich aber nicht in großen Städten durchführbar sei und deshalb auch als Sicherungsmittel nicht in Betracht komme. Nur der zweite Grund hat einige Berechtigung!

B. Bestimmungen über das Verfahren.

Über das bei der Anwendung der Sicherungsmittel zu beobachtende Verfahren und über den Vollzug der Verwahrung enthält der Entwurf zur Strafprozeßnovelle die näheren Bestimmungen. Das Verfahren wird im XXVIII. Hauptstücke des ebengenannten Entwurfes geregelt.

1. Aus den **„gemeinsamen Bestimmungen"** (§§ 495 bis 499) ist hervorzuheben, daß das Gericht, bevor es über die Verwahrung eines Geisteskranken oder über die Zulässigkeit der Verwahrung eines geistig Minderwertigen entscheidet, das Gutachten zweier Irrenärzte einzuholen hat und daß, wenn Gemeingefährlichkeit des Beschuldigten zu vermuten ist, schon bei den Vorerhebungen auf die Ermittlung des Vorhandenseins der gesetzlichen Voraussetzungen einer Verwahrung Bedacht zu nehmen ist; auch im Laufe der Voruntersuchung können in dieser Richtung Erhebungen gepflogen werden.

2. Das **Verfahren bei der Verwahrung „verbrecherischer Irrer" und „Trunksüchtiger"** wird in den §§ 500 bis 522 geregelt. Das Verfahren weist formelle Unterschiede auf, je nachdem, ob die Einleitung von Vorerhebungen oder einer Voruntersuchung wegen offenkundiger Zurechnungsunfähigkeit des Täters unterblieben ist, oder ob das Verfahren wegen der im Laufe der Vorerhebungen oder der Voruntersuchung hervorgekommenen Zurechnungsunfähigkeit des Täters eingestellt wurde, oder ob der Angeklagte wegen Zurechnungsunfähigkeit freigesprochen wurde, oder ob der Täter wegen Trunkenheit nach § 242 StGE. verurteilt wurde. In allen Fällen entscheidet das Gericht nur auf Grund eines vom Staatsanwalt gestellten Antrages. Das Anklageprinzip ist also auch hier, wo es sich nicht um eine Angelegenheit eigentlicher Strafjustiz, sondern um eine den Strafgerichten übertragene Verwaltungsmaßregel handelt, vollständig zum Durchbruch gelangt.

Wurde das Strafverfahren gar nicht eingeleitet oder im Zuge des Vorverfahrens eingestellt, so entscheidet über den Verwahrungsantrag des Staatsanwaltes der Gerichtshof in einer Versammlung von zwei Richtern und zwei Schöffen nach Durchführung einer zu diesem Zwecke anberaumten mündlichen Verhandlung mittels Beschlusses. Wurde der Angeklagte wegen Zurechnungsunfähigkeit freigesprochen, so stellt der Staatsanwalt nach Verkündigung des Urteils mündlich den Antrag auf Verwahrung, falls er die Voraussetzungen hierzu als gegeben erachtet; der Gerichtshof bezw. der Schwurgerichtshof, der das Urteil gefällt hat, entscheidet in wieder eröffneter Verhandlung durch Beschluß; zur Aufnahme oder Ergänzung der Beweise ist die Verhandlung erforderlichenfalls zu vertagen. Die Feststellungen des Urteils bezw. des Geschworenenverdiktes über die Tat und die Zurechnungsunfähigkeit des Täters sind der Entscheidung zugrunde zu legen. — Im Verfahren vor den Schwurgerichten kann der Staatsanwalt den Antrag auf Verwahrung nur dann stellen, wenn die Geschworenen in ihrem Verdikt die Zusatzfrage auf Zurechnungsunfähigkeit mit mindestens sechs Stimmen bejaht haben.

Zu billigen ist die Bestimmung, daß über den Verwahrungsantrag nicht die Geschworenenbank, sondern der Schwurgerichtshof zu entscheiden habe. Analog dem im Falle des Freispruchs zu pflegenden Verfahren ist das Verfahren, wenn der Täter wegen einer die Zurechnung ausschließenden Trunkenheit gemäß § 242 StGE. verurteilt wurde. Hier entscheidet „das erkennende Gericht", welches in der Regel das Bezirksgericht sein wird. — Der zu Verwahrende kann sich in allen Fällen eines Verteidigers bedienen; wenn es sich um die Verwahrung wegen Geisteskrankheit (Verwahrung „verbrecherischer Irrer" nach § 36 StGE.) handelt, so ist dem Kranken von Amts wegen ein Verteidiger zu bestellen, falls nicht er selbst oder sein gesetzlicher Vertreter einen bestellt hat. Gegen den Beschluß über den Verwahrungsantrag kann (grundsätzlich mit aufschiebender Wirkung) die Beschwerde ergriffen werden, und zwar wegen wesentlicher Mängel des über den Verwahrungsantrag gepflogenen Verfahrens, wegen unrichtiger Anwendung oder Verletzung der gesetzlichen Bestimmungen über die Voraussetzungen der Verwahrung und wegen unbegründeter Annahme oder Verneinung der Gemeingefährlichkeit des Täters. Die Beschwerde steht dem Staatsanwalte und dem zu Verwahrenden zu; über die Beschwerde entscheidet das Oberlandesgericht, wenn der Beschluß von einem Landes- oder Kreisgericht gefaßt wurde, und das Landes- oder Kreisgericht, wenn der Beschluß von einem Bezirksgerichte gefaßt wurde. Wurde gegen das Urteil die Nichtigkeitsbeschwerde an den Kassationshof ergriffen, so steht diesem regelmäßig auch die Entscheidung über die Beschwerde zu, die gegen den die Verwahrung betreffenden Beschluß erhoben wurde.

Die Entlassung aus der Verwahrungsanstalt erfolgt, sobald nach einer ausreichend langen Beobachtung die Annahme begründet ist, daß der Verwahrte nicht mehr gemeingefährlich sei. Der Verwahrte wird auf freien Fuß gesetzt, sofern nicht sein Wohl eine Vorkehrung der Verwaltungsbehörde, insbesondere die Aufnahme in eine private oder öffentliche Heilanstalt erfordert. Der Verwahrte ist, wenn eine längere Beobachtung seines Verhaltens in der Freiheit als zweckmäßig erscheint, bedingt zu entlassen; in diesem Falle kann die Entlassung an die Bedingung geknüpft werden, daß der Entlassene durch eine vertrauenswürdige Person überwacht werde. Bei der Entlassung oder später können bestimmte Vorschriften für die Überwachung gegeben werden.

Die Entlassung kann vom Staatsanwalt jederzeit, vom Verwahrten und seinem gesetzlichen Vertreter frühestens nach Ablauf eines Jahres nach dem Beginne der Verwahrung beantragt werden.

Der Gerichtshof, in dessen Sprengel der Verwahrte angehalten wird, läßt den Verwahrten vernehmen, pflegt die sonst erforderlichen Vernehmungen und holt, wenn es sich um die Verwahrung eines verbrecherischen Irren handelt, das Gutachten von Irrenärzten ein, sofern nicht ein in jüngster Zeit abgegebenes, noch verwendbares Gutachten erliegt; die Vernehmung von Sachverständigen unterbleibt, wenn der Staatsanwalt die Entlassung beantragt oder ihr zustimmt.

Sodann entscheidet der Gerichtshof in nichtöffentlicher Sitzung nach Anhörung des Staatsanwaltes mit Beschluß über den Entlassungsantrag. Gegen den Beschluß steht dem Staatsanwalt und dem Verwahrten die Beschwerde zu; die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung. Einem geisteskranken Verbrecher ist in Ermanglung eines Verteidigers ein solcher von Amts wegen zur Ausführung der Beschwerde zu bestellen. Über die Beschwerde entscheidet der Gerichtshof II. Instanz. Ein abgewiesener Verwahrungsantrag des Verwahrten oder seines gesetzlichen Vertreters kann erst nach einem Jahre seit der Rechtskraft des abweisenden Beschlusses erneuert werden.

Der Widerruf einer bedingten Entlassung kann nur vom Staatsanwalt beantragt werden gegen den Beschluß des Gerichtshofes über den Widerruf steht — ohne aufschiebende Wirkung — die Beschwerde offen. Nach Ablauf von drei Jahren seit der Entlassung ist ein Widerruf unzulässig.

3. Nach ganz analogen Grundsätzen ist das **Verfahren über die Verwahrung geistig Minderwertiger (§ 37 StGE) und gemeingefährlicher Verbrecher (§ 38 StGE., §§ 523 bis 535 StPE.)** geregelt. Auch hier setzt der die Verwahrung anordnende Beschluß des Gerichtshofes einen Antrag des Staatsanwaltes voraus. Ein durch die materiellrechtlichen Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes begründeter Unterschied von dem früher beschriebenen Verfahren ist die Vorschrift, daß der Gerichtshof nach Fällung seines Urteils nur über die Zulässigkeit der Verwahrung zu entscheiden habe. Die Anordnung der Verwahrung setzt einen neuerlichen Antrag des Staatsanwaltes voraus, den dieser vor dem Ablauf des Strafvollzuges zu stellen hat. Sowohl gegen den ersten als auch gegen den zweiten Beschluß steht dem Staatsanwalt und dem Verurteilten die Beschwerde zu. (Druckfehler im § 532, Z. 1 des Strafprozeßordnungsentwurfes, wo „§ 51" statt § 512 zitiert ist!) Die Beschwerde gegen den Ausspruch über die Zulässigkeit der Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher kann auch aus dem Grunde erhoben werden, weil der Gerichtshof den Umstand, der Verurteilte werde sich von weiteren strafbaren Handlungen nicht abhalten lassen, unbegründet angenommen oder verneint habe. Die Entlassung gemeingefährlicher Verbrecher kann nicht vor drei Jahren seit dem Beginne der Verwahrung erfolgen; nach Ablauf dieser drei Jahre hat sie stattzufinden, wenn der Verwahrte oder der Staatsanwalt hierauf anträgt und der Gerichtshof, in dessen Sprengel der Verwahrte angehalten

wird, findet, daß er nicht mehr gemeingefährlich ist.

Die Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher darf, wie bei der Besprechung des § 38 StGE. schon erwähnt wurde, die Dauer von zehn Jahren nicht übersteigen.

In allen Fällen der Verwahrung tritt der die Verwahrung anordnende oder als zulässig erklärende Beschluß außer Kraft, wenn die Wiederaufnahme des Strafverfahrens hinsichtlich der strafbaren Handlung, die den Anlaß zur Verwahrung gebildet hat, bewilligt wird. (Fortsetzung folgt.)

Hohenegg bei Meilen (Zürichsee).

Am 1. November vorigen Jahres wurde in dem stattlichen Dorfe Meilen am Zürichsee eine neue Privatanstalt für Geisteskranke dem Betriebe übergeben.

Dieselbe verdankt ihre Entstehung einer gemeinnützigen Stiftung und den Bemühungen eines sechsgliedrigen Komitees von Zürichern, an deren Spitze Dr. med. Theodor Zangger steht. Die neue Anstalt, die vorerst 100 Frauen und 10 Herren Aufnahme gewährt, besteht aus 5 Gebäuden, denen später 3 weitere Häuser angeschlossen werden sollen in denen nur männliche Kranke Aufnahme finden Die Anstalt liegt auf erhöhtem Plateau 130 m oberhalb des Dorfes Meilen (540 m über Meer) und gewährt erquickende Blicke auf saftige Wiesen, dunkelgrüne Tannenwälder, den blauen See, Vorgebirge und schneebedeckte Alpenketten. (Abb. 1 und 2*). Durch die Architekten — Herren Professor Rittmeyer und Furrer in Winterthur — ist ein einfacher Stil gewählt worden, der sich dem Gebäude und dem Pächterhause anpaßt, jedes Haus ist von Gartenanlagen umgeben, die hübsch terrassiert sind. Die 5 Bauten samt Pächterhaus, Nebengebäude und Viehstand (20 Kühe, 2 Pferde) haben ca. 1 000 000 M. gekostet. Die inneren Einrichtungen sind den Forderungen der Neuzeit angepaßt mit reichlichen Badegelegenheiten, Wachsälen, Wachabteilungen zu 2—3 Zimmern, großen allgemeinen Räumen.

Im Verwaltungsgebäude befinden sich im Parterre die Ärztezimmer, Wartezimmer, Apotheke, Verwaltungszimmer, darüber die Ärztewohnungen für die beiden Ärzte, die Herren Dr. C. Escher und Dr. Ch. Müller, die sich in Staatsanstalten reichliche Erfahrungen gesammelt haben.

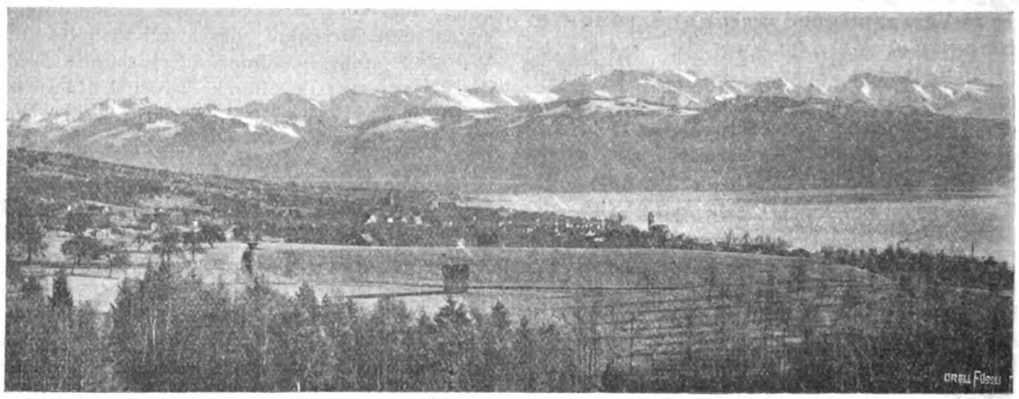


Abb. 1. Gesamtansicht.

Im Küchengebäude ist der Kohlenraum für 15 Wagenladungen Kohle, die Heizkessel, Räume für Wäscherei (auch Varekwäscherei), Plätterei und Zentralküche nebst Personalzimmer.

Im Unruhigenhaus (45 Plätze) sind im Parterre Wachsäle von 2 und 4 resp. 8 Betten mit Nebenräumen, Bädern und Isolierzimmern, in den obern Stockwerken Wachabteilungen, Einer- und Zweierzimmer. (Abb. 3.)

Im Pensionshaus II. und III. Kl. (40 Plätze) für Ruhige sind teils größere Säle für 6—8 Kranke, teils Zweierzimmer, auch ein ruhiger Wachsaal, nebst Isolierzimmern. Eine schöne aussichtsvolle Terrasse überblickt Gärten und Vorland. (Abb. 4 links.)

Im Pensionshaus erster Klasse für Ruhige, 20 Damen, 10 Herren (auf Separatetage), ist die Innen-

*) Die Ansichten wurden schon vor der Vollendung der Anstalt im Juni 1912 aufgenommen.

ausstattung den Anforderungen moderner Bequemlichkeit angepaßt, die allgemeinen Räume reichlich, je 3 auf jeder Etage. Für besondere Ansprüche



Abb. 2. Ausblick auf See und Gebirge.

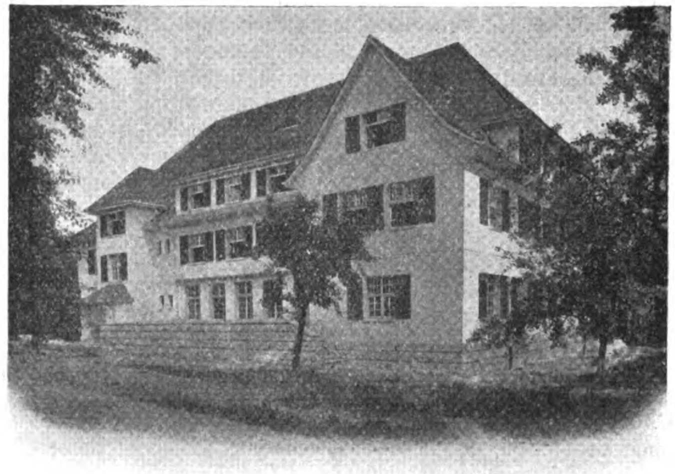


Abb. 3. Unruhigenhaus.

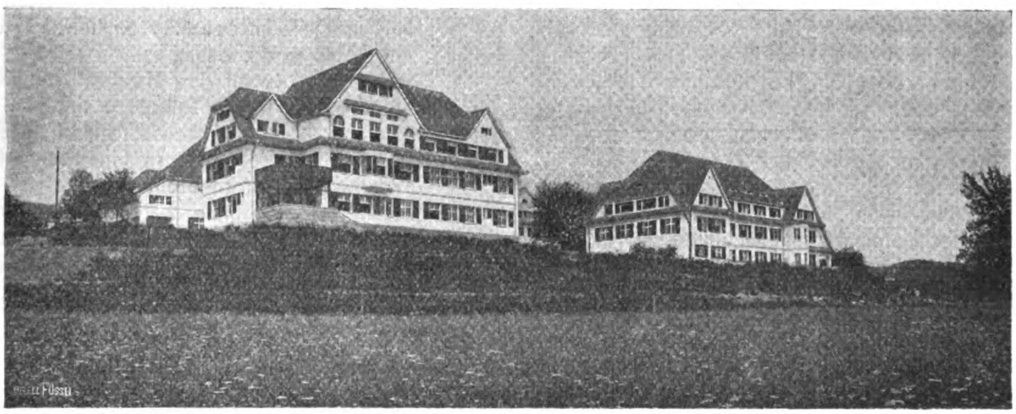


Abb. 4. Haus für ruhige Kranke II. und III. Kl. Haus für ruhige Kranke I. Kl.

können Apartements von 2—3 Zimmern mit Bad abgegeben werden. (Abb. 4 rechts.)

Der inklusive Pensionspreis beträgt für I. Klasse 10—15 M., in Zweierzimmer 6—7 M., für II. Klasse 4—6 M., in III. Klasse 2,50 M.

Das Defizit der III. Klasse soll durch die Mehreinnahmen der I. Klasse gedeckt werden, Überschüsse dienen zu Abzahlungen und Erweiterungsbauten.

Die Anstalt, die schon 50 Kranke beherbergt, entspricht einem dringenden Bedürfnis, da die Staatsanstalten an chronischer Überfüllung leiden.

Dr. Th. Z.

Mitteilungen.

— **St. Petersburg.** Dr. med. Roman Andrejewitsch Grekker, geb. 1875, approb. 1902, ordinierender Arzt am Städtischen Hospital Nikolai des Wundertäters für Geisteskranke, wurde am 2. Juli 1912 während der Morgenvisite von einem Patienten der Anstalt tödlich am Halse verwundet und ist binnen einer Woche der Verwundung erlegen. Der Verbrecher war durch Gerichtsurteil wegen Todschlags auf Grund gerichtsärztlicher Expertise als geisteskrank in der Anstalt interniert gewesen und hatte nach Ablauf eines Jahres ein Gesuch eingereicht, aus der Anstalt entlassen zu werden. Das Gericht fragte bei der Anstaltsdirektion an, in welchem Zustand der Verbrecher sich befinde, woraufhin eine ärztliche

Kommission, an der auch Dr. Grekker beteiligt war, die Erklärung abgab, daß der Verbrecher geisteskrank und gemeingefährlich sei. Das Gesuch wurde abschlägig beschieden und die Mordtat ist als Racheakt aufzufassen. In der nachfolgenden Gerichtsverhandlung wurde der Verbrecher auf Grund erneuten ärztlichen Gutachtens für geistesgesund befunden.

— **Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden.** Von der Notwendigkeit einer psychiatrischen Mitwirkung bei der Zwangserziehung erfüllt, namentlich mit Rücksicht auf eine mögliche noch weitere Steigerung der Zahl der Zwangszöglinge bei der bevorstehenden Reform des Strafgesetzbuches, hat die badische Regierung die Errichtung einer psychiatrischen Beobachtungsstation bei einer noch zu erbauenden Zwangserziehungsanstalt in Erwägung gezogen. Es mußte zu diesem Zwecke zunächst die Zahl der geistig Minderwertigen festgestellt werden, die für die geplante Abteilung in Betracht kommt.

Die Großh. Regierung hat darum den Anstaltsarzt, Med.-Rat Dr. E. Thoma in Illenau im vergangenen Sommer beauftragt, die in Zwangserziehung befindlichen 610 Zöglinge zu untersuchen. Das Ergebnis der Untersuchungen hat der bekannte Psychiater nun in einer Studie niedergelegt. Danach betrug die Gesamtzahl der zur Zeit der Untersuchung in Zwangserziehung befindlichen Zöglinge 620, die sich auf 28 Anstalten verteilten. Knaben waren es 357 (57,6%), und zwar über 14 Jahre 168 (27,2%), unter 14 Jahren 189 (30,5%). Mädchen insgesamt 263 (42,4%), über 14 Jahre 202 (32,6%), unter 14 Jahren 61 (9,8%). Als geistig abnorm erwiesen sich von diesen im ganzen 322 (51,9%).

Die Untersuchung an den bad. Zwangszöglingen hat das, was auch anderwärts gefunden wurde, bestätigt, nämlich zunächst allgemein, daß ein recht großer Prozentsatz dieser Zöglinge als geistig minderwertig zu betrachten ist. Es ist sogar anzunehmen, daß bei einer noch eingehenderen Untersuchung der Einzelfälle die Zahl noch wachsen würde.

Med.-Rat Thoma faßt zum Schluß die Sätze, die sich aus dem Resultate der Untersuchung ergeben, unter Berücksichtigung der auch anderweitig gestellten Forderungen zusammen:

1. In der Zwangserziehungsanstalt befindet sich ein großer Prozentsatz geistig minderwertiger Individuen, von denen der weitaus größte Teil in der gemeinsamen Erziehung bleiben kann. Ein kleinerer Teil eignet sich jedoch für die gemeinsame Erziehung nicht und muß ausgeschieden werden. Aus diesem Grunde ist die Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Ärzte nötig. Diese hätte in der Weise stattzufinden, daß nicht nur jeder Zögling vor der Aufnahme einer genauen Untersuchung zu unterziehen ist, sondern auch, daß die Anstalten in regelmäßigen Zwischenräumen ärztlich kontrolliert werden müssen.

2. Die mit der Fürsorgeerziehung betrauten Personen, Anstaltsleiter und Lehrer, sollten mit den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung, sowie an den Hiilfsschulen beim Unterrichte geistig Minderwertiger gesammelten Erfahrungen bekannt gemacht werden. Zu diesem Zwecke wären regelmäßig abzuhaltende Vortragskurse notwendig. Auch wäre es zweckmäßig, wenn die Lehrkräfte zeitweilig an einer Hilfsschule tätig gewesen wären.

3. Für die geistig Minderwertigen unter den Zwangszöglingen, die nicht etwa in eine Epileptiker-, Idioten- oder Irrenanstalt gehören, deren Abnormität aber die kürzere oder längere Entfernung aus der gemeinsamen Erziehung ratsam erscheinen läßt, wäre die Errichtung einer unter psychiatr. Leitung stehenden Abteilung wünschenswert. In dieser Abteilung wären nicht nur die Obengenannten, sondern auch die Zöglinge unterzubringen, deren zweifelhafter Geisteszustand eine Beobachtung nötig macht. Eine derartige Abteilung könnte an eine bestehende Abteilung einer Irrenanstalt oder an eine Zwangserziehungsanstalt angegliedert werden. Letzteres dürfte zweckmäßiger sein und ist bei uns in Baden geplant.

4. In den Zwangserziehungsanstalten ist eine möglichst freie Behandlungsweise anzustreben. Um dies zu ermöglichen, sollte jede größere Anstalt eine kleinere gesicherte Abteilung für schwerer erziehbare, degenerierte vollsinnige und minderwertige Zöglinge haben, in denen diese für längere oder kürzere Dauer zurückgehalten werden können. Die leicht erziehbaren von den schwererziehbaren Minderwertigen und den vollsinnigen Degenerierten ganz zu trennen und sie in ganzen Anstalten zu vereinigen, empfiehlt sich weniger.

5. Sorgfältige Auswahl der Meister, die geeignet sind, Zwangszöglinge in die Lehre zu nehmen. Vor der Übernahme wäre der Meister genau über die krankhafte Eigenart des zu übernehmenden minderwertigen Zöglings zu informieren.

6. Endlich ist nochmals zu betonen, daß die Möglichkeit einer Strafvollstreckung an geistig minderwertigen Jugendlichen in einer Heil- und Pflegeanstalt von psychiatrischer Seite entschieden abgelehnt werden muß. (Bad. Landes-Zeitung vom 22. Nov. 1912.)

Referate.

— Fauser, San.-Rat Dr., Direktor der Kranken- und Irrenabteilung des Bürgerhospitals in Stuttgart, Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. Deutsch. med. Wochenschrift, 1912, Nr. 52. Vortrag im Stuttgarter Ärztlichen Verein am 21. Nov. 1912.

Fauser hat bereits vor drei Jahren mittels der Komplementbindungsmethode versucht festzustellen, ob vielleicht gewissen Drüsen, namentlich den Geschlechtsdrüsen und der Schilddrüse, resp. ihren Produkten, Antigencharakter zukomme und sich demgemäß im Blut solcher Kranker mittels der Komplementbindungsmethode Antikörper nachweisen lassen. Er verwandte einerseits Substanz und Preßsaft der Testikel vom Stier und vom Menschen, Schilddrüsensubstanz und Schilddrüsensaft, andererseits Blutserum vom Stier und vom Menschen, auch von an Dem. praecox Leidenden. Ferner prüfte er, ob bei

manchen Erkrankungen, namentlich bei Dementia praecox, die roten Blutkörperchen eine andere Resistenz besitzen gegenüber Organsäften, speziell der Testikel und der Schilddrüse. Die Untersuchungen führten zu keinem bestimmten Ergebnis. Durch das Buch Abderhaldens: „Schutzfermente des tierischen Organismus. Ein Beitrag zur Kenntnis der Abwehrmaßregeln des tierischen Organismus gegen körper-, blut- und zellfremde Stoffe", 1912 erschienen, insbesondere durch die Anschauung Abderhaldens, daß eine Substanz zwar arteigen, aber gleichzeitig blutfremd oder organfremd sein kann, ist nun Fauser ermutigt worden, seine Versuche fortzusetzen. Er hat sich zunächst mit der Serodiagnostik der Schwangerschaft beschäftigt; die Dialysiermethode hat ihn nie zu einer Fehldiagnose verleitet. Sie sei nicht schwer, setze aber reinliches und pünktliches Arbeiten und die Vermeidung einiger Fehlerquellen voraus. Man müsse, wenn man verhängnisvolle Irrtümer vermeiden will, sich ganz besonders stets darüber vergewissern, ob man bei Beginn des Versuchs auch sicher mit Organen (Plazenta etc.) arbeitet, die völlig frei von abgebautem Eiweiß seien; desgleichen müßten die Kontrollversuche (Prüfung des Kochwassers der Plazenta, Dialyse des Schwangerenserums allein, des Nichtschwangerenserums allein und des Nichtschwangerenserums + Plazenta) natürlich pünktlich mitgemacht werden. Fauser erklärt, die Methode sei so sicher, daß er eine Fehldiagnose bis auf weiteres nicht der Methode, sondern einem Fehler bei ihrer Ausführung zuschreiben würde. Auch das Triketohydrindenhydrat („Ninhydrin", Höchster Farbwerke) hat sich ihm stets als einwandfrei erwiesen; er gibt der Reaktion auf dieses Präparat den Vorzug vor der Biuretreaktion. Die Dialysierhülsen lassen offenbar niemals unabgebautes Eiweiß hindurch. Es empfiehlt sich nach dem Vorschlage Abderhaldens, die Hülsen mit Pepton vergleichend zu prüfen und nur solche Hülsen anzuwenden, die eine bestimmte Peptonlösung gleichmäßig durchlassen. Bei der weitgehenden Analogie zwischen Plazenta und Schilddrüse hat Fauser dann einige Prüfungen mit Schilddrüsenkranken angestellt; er konnte im Serum einiger solcher Kranker Stoffe nachweisen, die im Dialysierverfahren Schilddrüse abbauten, d. h. also „Schutzfermente" gegen Schilddrüse; im Serum Gesunder fand er solche Stoffe bis jetzt nicht. Sollte sich dieses Ergebnis bestätigen, so wäre die Annahme gerechtfertigt, daß im Blut mancher Kranker ungenügend abgebautes, unrichtig abgebautes oder gar unabgebautes Schilddrüsengewebe zirkuliert. Was nun die Dementia praecox anlangt, so konnte Fauser in mehreren Fällen — fünf von den acht mit Testikel untersuchten Fällen — einen Abbau von Testikelgewebe (weibliche Geschlechtsdrüsen im rüstigen Alter standen ihm nicht zur Verfügung) durch das Serum von an Dementia praecox Leidenden nachweisen. Gegenüber Hirn war bei acht von den untersuchten elf Fällen das Ergebnis positiv. Die untersuchten Fälle waren nur solche, die mit erheblicher Sicherheit den „endogenen Verblödungsprozessen" zugerechnet werden durften Einen Abbau von Hodensubstanz durch das Serum Gesunder konnte Fauser nicht nachweisen. Auch bei luetischen und metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems konnte er in der Dialysierhülse einen Abbau von Organgewebe, nämlich von Nervengewebe, durch das Serum der betreffenden Kranken feststellen. Bei manisch-depressivem Irresein konnte er ein Schutzferment gegen Hirn mit der Dialysiermethode bis jetzt nicht positiv nachweisen; doch möchte er darüber noch nichts Bestimmtes sagen, da nur wenige ganz sichere und reine Fälle zur Verfügung standen. — Die Zahl der überhaupt untersuchten Fälle beträgt 55.

Unter Zugrundelegung der luetischen und metaluetischen Prozesse stellt Fauser folgende Hypothese auf: Paralytikerserum baut in der Dialysierhülse, wie seine Versuche ergeben, gekochtes Gehirn ab; daraus folgt, daß im Blut des Paralytikers ein Ferment kreist, das auf „Hirn" eingestellt ist; in dieses Blut war also unabgebaute resp. ungenügend abgebaute Hirnsubstanz gelangt. Möglicherweise bewirkt das Serum der Syphilitiker resp. das darin enthaltene Syphilisvirus eine derartige Störung des Gehirnstoffwechsels, daß nicht wie unter normalen Verhältnissen völlig abgebaute und damit bluteigen gemachte, sondern ganz unabgebaute oder nur teilweise abgebaute Gehirnsubstanz ins Blut gelangt. (Ähnliches wie das Syphilistoxin könnte durch abnorme Produkte der Organe der inneren Sekretion bewirkt werden.) Daher kursieren im Blut des Paralytikers zwei Stoffe: 1. Unabgebautes resp. teilweise oder falsch abgebautes Hirn-(Organ-)eiweiß und durch den Abbau diffusionsfähig gewordene toxische Zwischenprodukte, welche wiederum zu einer Schädigung der Organe, speziell des Gehirns, und zwar zu einer Störung der normalen Abbauvorgänge der Gehirnzellen führen. 2. Das Ferment, das auf das im Blut kreisende Hirneiweiß eingestellt ist. Vermutlich wird es aber auf das lebende Gehirn abbauend wirken, wenn sich nicht ein Gegenferment bildet oder mit den Infiltrationszellen (Plasmazellen und Lymphozyten der adventitiellen Lymphscheiden) eine Abwehreinrichtung entsteht gegen den sekundären fermentativen Abbau. Ist letzterer ein nur teilweiser, so gelangt die Nervensubstanz als blutfremd in das Blut und kann hier neues, das bereits vorhandene verstärkendes Ferment produzieren. Vielleicht wirkt dieser kontinuierliche Abbau automatisch weiter, wenn die Produktion des primären Ferments aufhört, und erzeugt so den progressiven Verlauf der Paralyse unter Positivwerden der Wassermannschen Reaktion in der Spinalflüssigkeit. Diese Hypothese läßt sich, wie Fauser bemerkt, auch auf die metalkoholischen Erkrankungen und den Abbau an der Plazenta der Lebenden und den etwa mit letzterem zusammenhängenden Eintritt der Geburt anwenden, überhaupt auch auf einen Teil der chronischen anatomischen Organerkrankungen, als „Meta"-Prozesse. Vermutlich enthält das Serum der Paralytiker mehrere spezifische Fermente, nicht nur das die Ge-

hirnsubstanz abbauende, ist also „polyvalent" und vermag verschiedene Organe abzubauen; bei einigen Untersuchungen kam Fauser zu diesem Ergebnis. Es wird, falls alle diese Resultate bestätigt werden, darauf ankommen, wie Fauser bemerkt, durch ein fraktioniertes Dialysierverfahren die verschiedenen Abbaustoffe nacheinander abzufangen und unter ihnen die giftigsten zu ermitteln. Von der optischen Methode, der Beobachtung des Abbauprozesses in der Polarisationsröhre, erhofft Fauser genauere Aufschlüsse über manche noch der Klärung bedürftigen Punkte. — Normales Serum ist nicht imstande, Organe, z. B. Gehirn, in der Dialysierhülse abzubauen, wie er durch Versuche festgestellt hat. Er stellt die Frage: „Liegt nicht vielleicht in den — wenn auch leider noch lange nicht ausreichenden — günstigen Wirkungen, die eine absichtlich (z. B. mit nukleinsaurem Natrium) oder unabsichtlich (fieberhafte Erkrankungen!) herbeigeführte Hyperleukozytose auf den Verlauf mancher Nervenerkrankungen ausübt, vielleicht schon eine praktische Bestätigung für die von Abderhalden gegebene Anregung, die Fermentbildung im günstigen Sinne zu beeinflussen?"

Bresler.

— Taussig, Dr. Siegmund, K. und K. Oberstabsarzt und Sanitätschef der I. Infanterietruppen-Division in Serajewo. Kropf und Kretinismus, eine epidemiologische Studie. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1912.

Verf. hat diese Arbeit im Anschluß an eine Aufforderung des österreichischen Kriegsministers, den kropf- und kretinverseuchten Bezirk Scbrenica in Bosnien zu durchforschen, verfaßt, hat aber seine Untersuchungen nicht nur auf Bosnien, sondern auch auf Tirol und Steiermark ausgedehnt und bringt ausführliche Statistiken und Familiengeschichten darüber. Er kommt zu dem Resultat, das der Kropf eine reine Infektionskrankheit ist und widerlegt die Birchersche Anschauung, daß es sich dabei um ein organisches Miasma handelt, das an marine Ablagerungen der Erdrinde gebunden sei und durchs Trinkwasser in den Körper gelange. Er ist wie Kutschera der Ansicht, daß Kontaktinfektionen vorliegen, die durch die sozialen Verhältnisse in den betreffenden Gegenden bedingt werden. Verschont bleiben seiner Ansicht nach Gegenden, die ihren Salzbedarf mit aus dem Meere gewonnenem Salze decken, da dies mit Jodbeimengungen versehen sei. Die Therapie habe daher in Hebung der sozialen Lage, Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse und Einführung von Meersalz statt Stein- bezw. Sudsalz zu bestehen; den Schilddrüsentabletten bringt er keine besondere Neigung entgegen und wirft dafür die Frage auf, ob nicht mit reinem Schilddrüsensekret bessere Erfolge erzielbar sein dürften. Einen spezifischen Erreger hat er nicht finden können. Betreffs des Kretinismus stellte er fest, daß der Kretin als solcher geboren wurde, nur daß man in den ersten Monaten noch nicht die Diagnose stellen könne, daß er stets von einer kropfigen Mutter abstamme, die durch ihr Leiden an dem Aufbau der Frucht behindert werde, und weder der Vater, ob mit oder ohne Kropf, noch Wasser und Boden einen Einfluß auf den Kretinismus der Nachkommenschaft ausübe. Schutz gegen Kretinismus sieht er nur in Verhütung der Kropferkrankung der Mutter, während nur vereinzelt durch Schilddrüsentabletten in der Schwangerschaft ein gewisser Erfolg erzielbar sei. Der Kretin selbst ist nur im Wachstum durch solche Tabletten zu bessern; auch Schilddrüsentransplantation seien von recht mäßigem Erfolge. Verf. hofft, daß man dereinst vielleicht noch jene Stoffe, die angeblich im Blute des an Morb. Basedow Erkrankten kreisen und die Hyperfunktion der Schilddrüse bedingen, isolieren und dort einverleiben könnte, wo, wie beim Kretin, eine Hypofunktion besteht.

Lange-Waldheim.

— Nerlich-Großschweidnitz, Oberarzt Dr., Ein Fall von Simulation geistiger Störung. Sonderabdruck aus dem Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Band 50, 1912.

Verf. schildert in seiner Abhandlung sowie in seinem angeführten Gutachten die Entlarvung eines Verbrechers, der sich vor einer wegen zahlreicher Meineide drohenden Zuchthausstrafe durch simulierte Geisteskrankheit schützen wollte. Der Fall gehört zu den selteneren Beobachtungen, wo Simulation sich nachweisen ließ und sogar selbst zugegeben wurde, ohne daß es sich um ein schwachsinnig veranlagtes Individuum handelte. Lange-Waldheim.

— Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht 1908/09 und Jahresbericht 1909/10, erstattet von Hermann Bielohlawek.

Beide Jahresberichte, je ca. 500 Seiten stark, geben ein anschauliches Bild über die niederösterreichischen Anstalten für Geisteskranke und für schwachsinnige Kinder.

Genaue Tabellen orientieren uns bei allen Anstalten über die Krankenbewegung, die Krankheits- und Todesfälle, das Personal, die Meiereien usw.

Unwillkürlich das meiste Interesse beansprucht die Wiener Anstalt „Am Steinhof" mit ihren 2000 Patienten. Von den 300 männlichen Todesfällen 1908/09 an dieser Anstalt — um nur einen Punkt herauszugreifen — fielen allein 113 in das fünfte Dezennium, im Gegensatz zu nur 30 verstorbenen Frauen desselben Alters (Gesamtzahl 164), gewiß eine Erscheinung, die nicht zufällig ist und die sich auch mit unseren deutschen Erfahrungen deckt; das Maximum liegt bei den Frauen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr (37 Tote von 164). — Mit Umsicht und planmäßig sucht man überall die Verpflegung für die Insassen nicht nur billig, sondern auch gut zu gestalten; dazu dient einmal eine möglichst ausgedehnte Landwirtschaft, ferner Geflügelzucht im Großbetrieb, die Erzeugung des Wurstfleisches in eigener Regie (z. B. Am Steinhof) etc.

Der Ausbildung des Pflegepersonals wird mit Recht besondere Sorgfalt gewidmet, wie aus den Berichten wiederholt hervorgeht.

Die österreichische Regierung nimmt sodann auch auf die schwachsinnigen Kinder Bedacht, deren 795

(5 bis 16 Jahr alt) im Jahre 1909 in sechs Anstalten untergebracht waren, wobei Schwachsinn mittleren Grades in 37% der Fälle zu konstatieren war. Schulunterricht, häusliche Beschäftigung werden gepflegt, nicht wenige werden auch einer orthopädischen Behandlung teilhaftig; einige können sogar später daheim die unteren Klassen der Volksschule besuchen, andere lernen stricken, nähen, werden mit der Landwirtschaft vertraut gemacht etc. und können auf diese Weise in bescheidenem Maße sich zu Hause nützlich machen.

Dies seien einige Punkte, die aus den beiden reichhaltigen und an vielen Stellen recht interessanten Jahresberichten hervorgehoben seien.

Kürbitz-Sonnenstein.

— Gaupp, R.: J. L. A. Kochs psychiatrische Lehren in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der klinischen Psychiatrie.

Die Geschichte der Kgl. württ. Heilanstalt Zwiefalten, welche als Festschrift zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Anstalt von Med.-Rat Camerer und Dir. Dr. Krimmel herausgegeben wurde (Stuttgart, Greiner & Pfeiffer, 1912) bringt als Anhang eine sehr anziehend geschriebene Abhandlung von Gaupp über Koch als wissenschaftliche Persönlichkeit und über seine psychiatrischen Arbeiten. Koch hat als selbständig forschender Kliniker in der Fachliteratur nicht die Beachtung gefunden, die er zweifellos verdient. Er hat vieles beobachtet, was später von anderen ausführlicher und eingehender begründet Bürgerrecht in der Psychiatrie erhielt. Das weist Gaupp im einzelnen an den zahlreichen klinischen Veröffentlichungen Kochs nach, die inhaltlich wiedergegeben und mit dem Standpunkt der Gegenwart in Beziehung gebracht werden. Koch hat als erster in Deutschland das Gebiet der Grenzzustände wissenschaftlich bearbeitet. Die Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten bleibt seine eigentliche Neuschöpfung. Hier muß man sich allerdings erst mit seiner sehr eigenartigen Namengebung abfinden. Kochs Buch mit dem ungefälligen Titel: „Die psychopathischen Minderwertigen“ enthält eine Fülle feiner psychologischer Beobachtungen, die als dauernd wertvoll überall herangezogen zu werden verdienen, wo die Frage der psychopathischen Persönlichkeiten studiert wird.

Mercklin.

— Lewandowski, M., Praktische Neurologie für Ärzte. Berlin, Springer, 1912. 300 S.

Das Buch hält, was es im Titel verspricht. Es gibt dem Praktiker zunächst die Grundlage: eine ausführliche Besprechung der Untersuchungsmethoden, von den einfachsten Handgriffen ausgehend. Bei der Darstellung der einzelnen Erkrankungen sind die für den allgemeinen Arzt wichtigeren mit größerer Ausführlichkeit behandelt. Präzise Beantwortung der für den Praktiker wichtigen Fragen findet sich überall. Die Therapie wird mit frischer, bündiger Kritik vorgetragen, nur das wirklich Nützliche wird empfohlen. Es ist nur zu wünschen, daß ein so brauchbares Lehrbuch in die Hand zahlreicher Leser gelangen möge.

Mercklin.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Kreuzburg O.-S.** Dem Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Wilhelm Schubert, ist durch Allerhöchst vollzogenes Patent vom 9. Januar 1913 der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden.

Therapeutisches.

Ueber das Scharlach R medicinale „Kalle“ und seine Ersatzpräparate, das Pellidol und Azodolen. Aus der Chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. (Oberarzt: Prof. W. Wendel.) Von Dr. O. Retzlaff, Sekundärarzt. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1912 Nr. 42.

Die Scharlachfarbstoffe haben in kurzer Zeit auf allen Gebieten der Medizin, wo es sich um Epithelbildung auf Granulationsflächen handelte, besonders in der Chirurgie Eingang gefunden und haben in manchen Fällen sogar die Thierschschen Transplantationen für kleinere Wundflächen entbehrlich gemacht, während man sie für größere Granulationsgebiete im Verein mit der Pfropfung, besonders bei mangelhafter Anheilung der Hautläppchen, mit dem besten Erfolge gebrauchen kann.

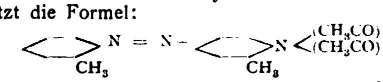
Auch auf obengenannter Abteilung wurde von Anfang an der ausgedehnteste Gebrauch von Scharlachrotsalbe gemacht und die überall berichteten günstigen Erfahrungen bestätigt, besonders bei ausgedehnten Verbrennungen und Verätzungen, bei denen man auf Transplantationen verzichten mußte und somit nur auf die Scharlachrotsalbentherapie angewiesen war.

„Ein großer Vorteil der Scharlachrotsalbenbehandlung ist die Bildung einer normalen Haut und nicht einer solchen von Narbengewebe. Diese normale, durch die Scharlachsalbe erzeugte Haut zeigt mikroskopisch nämlich alle Schichten der Epidermis, deren tiefe Schichten bis an die Papillengrenzen eine Neubildung erfahren sollen. Nach Schmieden ist es sogar sehr wahrscheinlich, daß durch nachträgliche Lockerung des subepithelialen Bindegewebes ein der Subkutis funktionell nahestehendes Gewebe resultiert. Daher sehen wir auch niemals die entstellenden Narbenkontrakturen, die früher so häufig Nachoperationen nötig machten.“

Auch auf noch sezernierende Wundflächen wurde die Scharlachrotsalbe gebracht, ohne einen Nachteil davon zu sehen. Es wurden nicht bloß die Ränder mit Salbe bestrichen, sondern diese möglichst dünn über das ganze uns zur schnellen Epithelisierung tauglich erscheinende Gebiet gestrichen.

Als ein wesentlicher Fortschritt werden zwei von der Firma Kalle in Biebrich hergestellte Mittel angesehen, das Pellidol und das Azodolen.

Das Pellidol ist das Diazetylderivat des Amidoazotoluols und besitzt die Formel:



Es bildet hell ziegelrote Nadeln, welche bei 65° schmelzen oder dicke, rote, dem Bichromat ähnliche Kristalle vom Schmelzpunkt 75°. Die Handelsware bildet ein blaß-rotgelbes Pulver, das keinerlei Färbeeigenschaften besitzt. — Verunreinigungen an Wäsche und Händen sind leicht und vollständig durch Waschen mit Seife zu entfernen.

Azodolen ist ein Gemisch aus gleichen Teilen Pellidols und (des antiseptischen) Jodolens, ein blaßgelbes Pulver, das keinerlei Färbeeigenschaften besitzt. Jodolen ist eine Verbindung des bekannten Antiseptikums Jodol mit Eiweiß, die etwa 30% Jod enthält.

In obengenannter Abteilung wird seit Frühjahr 1912 nur noch das Pellidol verwendet, und zwar als Salbe 2 proz. mit Vaselin oder Bolus als 2 proz. Pellidolbolus. Besonders bei einem Patienten mit Ulcus cruris auf variköser Basis hatte sich in wenigen Tagen auf den Geschwüren eine dünne Epitheldecke gebildet, die bald zur definitiven Ueberhäutung führte. Azodolen dürfte sich besonders für luetische Ulcera eignen. Die Pellidolsalben sind vollständige Lösungen in der Salbengrundlage gegenüber den Suspensionen der Farbstoffe. Diese Salben besitzen keine Färbeeigenschaften, und Verunreinigungen

sind leicht mit Wasser und Seife zu entfernen. Reizzustände durch das Pellidol wurden außer bei einem alten dekrepiden Manne, der an einer Hautatrophie infolge rezidivierenden Ulcus cruris und Ichthyosis litt, niemals gesehen.

„Bei diesen guten Eigenschaften können wir das Pellidol als ein ausgezeichnetes Ersatzmittel der Scharlachrotfarbstoffe in allen Fällen, wo es sich um Epithelisierung von Wundflächen handelt, nur empfehlen.

Ich möchte betonen, daß wir trotz der geschilderten ausgezeichneten Erfolge mit der Scharlachrotsalbe und ihren Ersatzmitteln, dem Amidoazotoluol, Pellidol und Azodolen, bei ausgedehnten Verbrennungen und Verätzungen, diese nicht etwa als die Normalmethode zur Behandlung derartiger Affektionen auffassen. Wir stehen ebenso wie Schmieden auf dem Standpunkte, daß in erster Linie die Thiersch sche Transplantation das geeignete Verfahren zur Deckung großer Epitheldefekte ist und Scharlachfarbstoffe erst dann zur Anwendung kommen dürfen, wenn entweder — wie in unseren Fällen — operative Eingriffe verweigert werden oder erfolglos gewesen sind. In solchen Fällen sind aber diese Mittel von ausgezeichneter Wirkung und für eine schnelle und erfolgreiche Heilung nicht mehr zu entbehren. Ihre Vorzüge bestehen in der Bildung einer der äußeren Haut fast völlig gleichen, dicken, gut verschieblichen Narbe ohne die lästigen Kontrakturen."

Der heutigen Nummer liegen Prospekte der Firmen
J. D. Riedel A.-G. Berlin, betr. **Bornyval**,
Verlag Wilhelm Engelmann in Leipzig
betr. Zeitschrift für Pathopsychologie
bei, welche wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 45. 8. Februar 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Gebühren für Vorbesuche bei schriftlichen Gutachten.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

Wenn man die Geschichte der Gebührenfrage in der forensischen Medizin und speziell der forensischen Psychiatrie bis in die entlegensten Zeiten zurückverfolgt, so findet man schon recht früh, daß der Psychiater manchen harten Strauß auszufechten hatte, wenn er die güldenen Denare, die er sich durch seine teils aufreibende, teils geistsprühende Tätigkeit erwirkt zu haben wähnte, auch in seinen Besitz zu bringen gedachte. Nicht immer wurde ihm, der unter der Last des Goldes, das ihm sein Beruf einbrachte, zusammenbrach, das Wohlwollen der richterlichen Gewalten, denen die letzte Entscheidung in dieser wichtigen Frage oblag, zuteil. Seufzend mußte er es sich oft gefallen lassen, daß man ihm da sein Recht verkürzte, wo seiner naiven Ansicht nach die herrschenden Bestimmungen für ihn zu sprechen schienen.

So wogte auch lange der Kampf um die „Vorbesuche" des Gesetzes über die Gebühren der Medizinalbeamten vom 9. März 1872. Die Frage, ob diese „Vorbesuche", wenn sie bei Untersuchungsobjekten gemacht wurden, die sich in der Anstalt befanden, den Anstaltsärzten zuzubilligen seien, erfuhr in der Judikatur eine recht verschiedenartige Auslegung. Während die überwiegende Mehrzahl der Gerichte diese Gebühren ohne jede Beanstandung gewährte, konnte sich eine Minderzahl mit der Berechtigung einer solchen Vergütung nicht abfinden.

Der grundlegende Unterschied wurde damals darin gesehen, daß die Vorbesuche, falls sie „abgegolten" werden sollten, „gemacht" und nicht „empfangen" sein mußten.

Für die Anstaltsärzte kam es manchmal zu einer recht gezwungenen Auslegung dieses Begriffes. Das Wohlwollen der geldspendenden Behörde wurde manchmal recht empfindlich dann vermißt, wenn man unter örtlichen Verhältnissen, die zum mindesten eine für den Gutachter günstige Auslegung des Begriffes gestatteten, den Buchstaben des Gesetzes benutzte, um ihm den kargen Sold für seine Bemühungen nicht zukommen zu lassen. Den Höhepunkt in der Auslegung des Begriffes der empfangenen Besuche erreichte die bekannte Entscheidung des Kammergerichtes vom 22. Dezember 1905, in der einem Gerichtsarzte für seine Voruntersuchung bei einer Leiche, die sich in einem öffentlichen Leichenschauhause befand, die verlangte Gebühr nicht zuerkannt wurde, weil angenommen wurde, daß er dort einen Besuch nicht mache, wenn ihm das genannte Lokal regelmäßig zur Verfügung stehe. Und wie dieser Bedauernswerte den Besuch der Leiche im Leichenschauhause empfing, so empfingen auch manche Irrenärzte solche Vorbesuche ihrer Kranken, wenn sie sich aus ihrer Dienstwohnung eine viertel bis eine halbe Stunde über das Anstaltsterrain bewegt hatten.

Durch das neue Medizinalgebührengesetz vom 14. Juli 1909 schien dieser unerquickliche Zustand beseitigt worden zu sein. Von der überwiegenden Mehrzahl der Gerichtsbehörden wurden bei schriftlichen Gutachten neben den Gebühren für dieses für Untersuchungen, die zur Ausstellung des Gutachtens erforderlich waren, gemäß A. Nr. 17 Abs. 1 Satz 2 des Tarifs die Gebühren der Nr. 3 des Tarifs gewährt und zwar die zu a oder b daselbst bestimmten, je nachdem diese Untersuchungen in der Wohnung oder Anstalt, oder außerhalb dieser vorgenommen worden waren.

Lange dauerte die Freude über diesen Fortschritt nicht. Das Oberlandesgericht zu Düsseldorf, das schon unter der Herrschaft des alten Gesetzes der rigorosen Auslegung der Bestimmung über die Vorbesuche gehuldigt hatte, stellte sich am 29. April 1912 durch 2 Beschlüsse auf den Standpunkt, daß in dieser Beziehung die früher von ihm für richtig gehaltenen Grundsätze des alten Gesetzes auch im neuen zur Geltung zu kommen hätten.

a) Beschl. vom 29. April 1912, 3. W., 208/12:

. . . Durch den angefochtenen Beschluß sind von der Kostenrechnung des beschwerdeführenden Sachverständigen 9 M. abgesetzt, die für 3 „Voruntersuchungen" zu je 3 M. in die Rechnung eingesetzt waren. Der Beschwerdeführer macht hiergegen geltend, daß dieser Posten ihm nach Tarifstelle 17 Abs. 1 S. 2 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte zukommen, . . . der Kreisarzt erhält danach für Vorbesuche, die zur Ausstellung eines schriftlichen Gutachtens erforderlich waren, besonders Gebühren gemäß Nr. 3 des genannten Tarifs. Nr. 3 handelt von den Gebühren für Untersuchungen behufs Vorbereitung eines in einem anderen Termine zu erstattenden Gutachtens. Sowohl die Verschiedenheit der gewählten Ausdrücke, — in Nr. 17 „Vorbesuche", in Nr. 3 „Untersuchungen" — als auch die innere Verschiedenartigkeit der in den beiden Tarifnummern geregelten Fälle von Gutachtenvorbereitungen (vgl. auch hierzu Ziffern 1 und 13 des Tarifs) weist darauf hin, daß Nr. 3 trotz Mangels eines ausdrücklichen einschränkenden Zusatzes in Nr. 17 Abs. 1 S. 2 im Sinne der letzteren Bestimmung nicht ohne weiteres im ganzen Umfang anwendbar ist. Die Anwendbarkeit der Ziffer 3 ist vielmehr nur gegeben, wenn zur Erstattung des schriftlichen Gutachtens „Vorbesuche" gemacht worden sind.

Unter ärztlichen Besuchen sind nach allgemeinem Sprachgebrauche nur Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes, also an der anderweitigen Aufenthaltsstelle des Patienten zu verstehen. Ein Arzt besucht nicht, wenn er einen Besuch eines Patienten bei sich empfängt, sondern nur, wenn er seinem Patienten einen Besuch macht. Wenn nun in Ziffer 3 zu a des Tarifs die Untersuchung in der Wohnung des Arztes und die Untersuchung durch einen Anstaltsarzt in der Anstalt gleichmäßig behandelt werden, so läßt diese Gleichstellung einen Rückschluß, dahin, daß die Tätigkeit des Arztes in der Anstalt als Untersuchung in der Wohnung und daher nicht als „Besuch" aufgefaßt werden müsse, noch nicht zu. Es wäre denkbar, daß neben dem zweifellos unter Nr. 17 Abs. 1 S. 2 fallenden Punkte b von Nr. 3 auch der zweite Halbsatz vom Punkt a unter Nr. 17 fiele. Indessen kann die Tätigkeit eines Anstaltsarztes in der Anstalt nicht als „Besuch" des Patienten durch den Arzt und daher nicht als Vorbesuch im Sinne von Ziffer 17 Abs. 1 S. 2 des Tarifs aufgefaßt werden. Die Dienstwohnung eines Sachverständigen ist ein Teil der einheitlichen Anstalt. Bei seiner zwecks Vorbereitung des schriftlichen Gutachtens vorgenommenen Untersuchung . . . blieb der Sachverständige in den ihm zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit angewiesenen Räumen, er hat dabei den Bereich seiner „gewöhnlichen" Dienstverrichtungen nicht zu verlassen brauchen (vgl. Rhein. Archiv N. F. Bd. 4 S. 92).

Da mithin der Beschwerdeführer keine Vorbesuche gemacht hat, steht ihm die Gebühr gemäß Ziffer 3a nicht zu.

Das Resultat, zu dem der beschließende Senat durch die vorstehende Auslegung der angezogenen Bestimmungen gelangt, findet seine Bestätigung durch ihre Entstehungsgeschichte. Es ist auch keineswegs unbillig, vielmehr bei der verschiedenen Behandlung der mündlichen und schriftlichen Gutachten und bei der Dehnbarkeit der für schriftliche Gutachten in Ziffer 13 des Tarifs festgesetzten Gebühr durchaus gerechtfertigt. Auch der Umstand, daß nach Ziffer 3 Abs. 2 des Tarifs für die außerhalb der Wohnung oder der Anstalt vorgenommenen vergeblichen Besuche eine Teilgebühr zu entrichten ist, gibt keinen Anlaß zu einem Bedenken dahin, daß ja aus dem höheren Satze für eine solche wirklich erfolgte Unternehmung hervorgehe, daß nicht nur der besondere Mehraufwand durch das Aufsuchen des Patienten, sondern auch die Untersuchung selbst besonders entlohnt würde, und daher müsse eine Entlohnung für die Untersuchung selbst konsequenterweise auch zugebilligt werden, wenn sie in der Wohnung oder Anstalt erfolge. Diese Überlegung trifft für den Fall der Vorbereitung eines mündlichen Gutachtens zu und hat auch in Ziffer 3 selbst ihren gesetzlichen Ausdruck gefunden. Im Sinne der Ziffer 17 ist dagegen entscheidend, ob ein Vorbesuch überhaupt stattgefunden hat. Ist dies der Fall, so erscheint die Zubilligung einer Teilgebühr, wenn die Untersuchung nicht hat stattfinden können, völlig gerechtfertigt. . . .

b) Beschl. vom 29. April 1912, 3. W., 224/12:

. . . Der Sachverständige hat an Gebühren erhalten 30 M. für das schriftliche Gutachten, . . . 9 M. für 3 Vorbesuche . . . Hiergegen richtet sich die Beschwerde des Oberstaatsanwalts. Er beantragt, die Gebühr für die 3 Vorbesuche in Wegfall zu bringen und die Wiedereinziehung des Betrags von 9 M. anzuordnen.

Die Entscheidung hängt von der Bedeutung des Wortes „Vorbesuch" ab. Der Ausdruck ist aus § 6 Abs. 1 des Gesetzes, betr. die den Medizinalbeamten gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872 in den Tarif für die Gebühren der Kreisärzte vom 14. Juli 1909 übernommen worden. Nach dem früheren Gesetze lag nur dann ein Vorbesuch vor, wenn der Sachverständige zur Vorbereitung des Gutachtens seinen Beruf außerhalb des gewöhnlichen Bereichs seiner ärztlichen Tätigkeit (und außerhalb der ihm hierzu dienenden Räumlichkeiten) ausüben und zu diesem Zwecke einen Weg zu dem außerhalb des Bereichs seiner ärztlichen Tätigkeit sich befindenden Kranken zurücklegen mußte. In diesem Sinne ist der Ausdruck sowohl vom Oberlandesgerichte Düsseldorf (Entscheidungen vom 1. Juni 1907, 3. W., 187/07 und vom 27. Juni 1908, 3. W., 269/08) als auch vom Oberlandesgerichte Köln (Beschl. vom 6. Nov. 1908, Rhein. Archiv 106/90) verstanden worden. Einen anderen Sinn hat er auch im Tarif für die Gebühren der Kreisärzte nicht.

Der vorläufige Entwurf eines Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte, der gleichzeitig mit dem Entwurf des Gesetzes betr. die Gebühren der Medizinalbeamten dem Abgeordnetenhause vorgelegt wurde, enthielt eine Gebühr für Vorbesuche überhaupt nicht. Unter A 13 wurde die Gebühr für ein

schriftliches, ausführliches wissenschaftliches Gutachten auf 10—30 M. festgesetzt und ferner unter A 17 Abs. 1 bestimmt:

„Außer der Gebühr zu 13 erhält der Kreisarzt im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen sind die zu 2 und 3 bestimmten Gebühren in den Gebühren zu 13—15 mit einbegriffen."

Hiermit war unzweideutig ausgesprochen, daß für Untersuchungen, die zur Vorbereitung eines wissenschaftlichen Gutachtens vorgenommen werden würden, eine besondere Gebühr nicht gewährt werden sollte.

Diese Bestimmung erfuhr in der Kommission des Abgeordnetenhauses eine Abänderung. Es war zunächst von einem Kommissionsmitgliede bemängelt worden, daß der Arzt für die Aufstellung von Befundscheinen und Erteilung einer schriftlichen Auskunft (Ziffer 11 und 12 des Tarifs) keine höhere Gebühr erhalte, wenn eine Untersuchung außerhalb der Wohnung bezw. der Anstalt erforderlich gewesen sei. Die Kommission beschloß daher, der Ziffer 17 folgenden Absatz 2 einzufügen:

„Hat in den Fällen zu 11 und 12 eine Untersuchung außerhalb der Wohnung des Kreisarztes, oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, außerhalb der Anstalt stattgefunden, so erhöhen sich die Gebühren zu 11 und 12 um je 2 M."

Bei der Beratung der Ziffer 17 führte ein Kommissionsmitglied aus, in Analogie der Ziffer 2 (jetzt Ziffer 3) sei bei Ziffer 11 und 12 unterschieden worden zwischen dem Falle einer Untersuchung innerhalb der Wohnung und außerhalb der Wohnung. Da die Voraussetzungen für eine solche Unterscheidung auch hier vorlägen, so werde beantragt, dem Abs. 1 der Vorlage folgende Fassung zu geben:

„Außer der Gebühr zu 13 erhält der Kreisarzt im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen ist die zu 4 bestimmte Gebühr in den Gebühren zu 13 bis 15 miteinbegriffen. Sind zur Aufstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu."

Der Antrag wurde von der Kommission angenommen und in dieser Fassung ist Ziffer 17 des Tarifs Gesetz geworden.

Der letzterwähnte, von den Gebühren für Vorbesuche handelnde Satz hat hiernach die Bestimmung des Entwurfes, daß die zu 2 und 3 bestimmten Gebühren in der Gebühr zu 13 mit einbegriffen seien, verdrängt. Es ist dies geschehen, um im Falle der Ziffer 13 wie in den Fällen der Ziffern 11 u. 12 für Untersuchungen außerhalb der Wohnung bezw. der Anstalt eine höhere Gebühr zu gewähren. Von einem Vorbesuche im Sinne des Gebührentarifs vom 14. Juli 1909 kann daher nur dann die Rede sein, wenn ein Anstaltsarzt eine Untersuchung außerhalb seiner Anstalt vorgenommen hat. Da dies im vorliegenden Falle nicht geschehen ist, hat der Sachverständige . . . einen Anspruch auf Gebühren für Vorbesuche nicht. . . ."

Wie Wegener, der als Geheimer Rechnungsrevisor an der Königl. Preußischen Oberrechnungskammer mit dieser Materie wohl am vertrautesten ist und sich in seinem Kommentar über das Gebührengesetz ohne weiteres für die Berechtigung der Anstaltsärzte auf die Vorbesuchsgebühren ausgesprochen hat, hervorhob,*) sind diese Entscheidungen von großer Wichtigkeit. Ist diese Auslegung richtig, dann muß sie einen weitgehenden Einfluß auf die Gebührenfestsetzungen für ärztliche Sachverständige ausüben. Wegener wies auf die vielen Fälle der Gebührenforderung für Gutachten von Anstaltsärzten bei der Beobachtung des Geisteszustandes von Angeschuldigten oder Angeklagten hin. Hier würden gegenwärtig doch fast allgemein neben der Gebühr für das Gutachten für mindestens 3 Vorbesuche 9 M. (in sehr vielen Fällen für noch mehr Vorbesuche das entsprechende Vielfache von 3 M.) berechnet und bewilligt.

Wenn Wegener meinte, es werde zunächst darauf ankommen, ob andere Gerichte der Auslegung dieser Tarifstelle durch das Oberlandesgericht Düsseldorf folgen würden, so wurde diese Annahme im Bezirke des Oberlandesgerichtes Celle durch einen Fall in die Praxis übergeführt.

Es handelte sich um die Beobachtung eines geisteskranken Mörders, der als Ausländer sehr schlecht deutsch sprach und einen Aktenkonvolut von $65^1/_2$ cm Höhe mit sich brachte. Die Gebühr für die Vorbesuche, die bescheidentlich auf 3 beschränkt worden waren, wurde von dem Untersuchungsrichter gestrichen,

„. . . da solche außerhalb der Anstalt tatsächlich nicht stattgefunden haben werden. Dieser Umstand ist aber maßgebend für die Bewilligung der Gebühr für Vorbesuche im Falle des Tarifs Nr. 13 und 17 der Gebühren der Medizinalbeamten." (Entscheidung des Strafsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 29. April 1912.)

Gegen diese Entscheidung wurde ein schüchterner Einspruch erhoben.

In der Strafsache gegen den Arbeiter Johannes He. aus App. wegen Mordes halte ich meine Liquidation über 3 Vorbesuche aufrecht.

Diese sind mit der Begründung gestrichen worden, „daß sie außerhalb der Anstalt tatsächlich nicht stattgefunden haben werden. Dieser Umstand ist aber maßgebend für die Bewilligung der Gebühr für Vorbesuche im Falle des Tarifs Nr. 13 und 17 der Gebühren für Medizinalbeamte."

Nach der Einführung des neuen Medizinalbeamtengesetzes hat sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Gerichtsbehörden die Übung eingebürgert, für schriftliche Gutachten neben den Gebühren für dieses die Gebühren der Nr. 3 des Tarifs zu gewähren und zwar die zu a oder b bestimmten, je nachdem diese Untersuchung in der Wohnung bezw. Anstalt oder außerhalb dieser vorgenommen wurde. Dabei ging man davon aus, daß der Ausdruck „Untersuchung" in Nr. 3 des Tarifs

*) Wegener: Gebühren der Ärzte für „Vorbesuche" neben den Gebühren für schriftliche Gutachten. Gebührentarif für Kreisärzte (Anlage des Gesetzes betr. die Gebühren für die Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909, Ges. S. 625), Abschn. A Nr. 13, 17. Abs. S. 2 und Nr. 13.

nicht anderes bedeute als der „Vorbesuch" des § 6 des früheren Gesetzes vom 9. März 1872. Die besondere Bestimmung unter 3 a (Untersuchung in der Wohnung oder Anstalt) bezwecke nur die Beseitigung einer Lücke in den bisherigen Vorschriften. Einen gleichen Zweck habe die besondere Hervorhebung der Anstaltsärzte. Bei dieser Auslegung sei kein entscheidender Wert darauf zu legen, daß in Nr. 17 Abs. 1 Satz 2 des Tarifs nicht auch der Ausdruck „Untersuchungen", sondern die sonst im Tarif nicht gebrauchte Bezeichnung „Vorbesuche" gewählt sei.

Gestützt wird diese Auslegung durch eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes (Beschl. vom 14. Oktober 1910; Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes 1910, S. 643 Nr. 2450), auf die ich mich ausdrücklich beziehe. Anscheinend wird diese Auffassung auch von der Königl. Preuß. Oberrechnungskammer vertreten (Vergl. den Aufsatz: „Gebühren der Ärzte für Vorbesuche neben den Gebühren für schriftliche Gutachten" im Büreaublatt für ger. Beamte vom 1. August 1912 S. 135).

Entgegen dieser Auffassung sind am 29. April 1912 zwei Beschlüsse des Oberlandesgerichtes in Düsseldorf ergangen. Die Vorschrift unter A. Nr. 17 Abs. 1 Satz 2 des Tarifs beziehe sich nur auf Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt des untersuchenden Arztes und es seien deshalb neben den Gebühren aus Nr. 13 des Tarifs für Untersuchungen in der Wohnung oder Anstalt die Gebühren zu a der Nr. 3 des Tarifs nicht zulässig.

Zu dem Geiste, aus dem heraus die neue Gebührenordnung erlassen wurde, steht diese Auslegung im direkten Widerspruche. Nach dem Berichte der 12. Kommission des Preußischen Abgeordnetenhauses über den Gesetzentwurf betr. die Gebühren der Medizinalbeamten Nr. 146 I der 21. Legislaturperiode II. Session 1908—1909 sah der Gesetzentwurf eine Erhöhung der gerichtsärztlichen Gebühren vor (S. 2). Die Erstattung wissenschaftlicher Gutachten erfordere bisweilen wochenlang fortgesetzte wissenschaftliche Tätigkeit und stelle Leistungen dar, die auch mit erhöhten Tarifsätzen nicht zu erfassen seien (S. 23). Insbesondere beanspruchten psychiatrische Gutachten eine sehr erhebliche Mühewaltung (S. 29).

Bestände die Auslegung des Strafsenats des Oberlandesgerichtes Düsseldorf der Nr. 17 zu Recht, dann käme die Untersuchung entsprechend 3 Absatz a so gut wie gar nicht zur praktischen Geltung und die besondere Erwähnung des Anstaltsarztes, wie sie im § 17 mehrere Male noch vorkommt, hätte überhaupt keinen Zweck. Die praktische Konsequenz wäre also die, daß für die leichteren Fälle, die sich außerhalb der Anstalt entscheiden lassen, die Höchstgebühr und außerdem die Gebühr für Vorbesuche zu je 5 M. erhoben werden können, während in den komplizierten Fällen, die eine längerdauernde Anstaltsbeobachtung nötig machen, nicht einmal der geringere Satz von 3 M. liquidiert werden dürfte. Dabei erfordern solche Beobachtungskranke außer den 3 Vorbesuchen, die in der Regel berechnet werden, meist noch andere längerdauernde spezielle Untersuchungen, ganz abgesehen von den Beobachtungen und Unterhaltungen bei den ärztlichen Visiten, von den Besprechungen mit den anderen Ärzten, die die Anstaltsbeobachtung unterstützen, von der Vernehmung des beobachtenden Wachpersonals, von der Einsicht in die Wachbücher usw. Daß eine solche Auslegung der tatsächlichen Mühewaltung nicht entfernt gerecht wird, beweist am besten der vorliegende Fall, bei dem außer den 3 liquidierten Besuchen noch 4 andere gemacht werden mußten, bei dem ein außerordentlich umfangreiches Aktenmaterial zu bewältigen war, bei dem der Untersuchte die deutsche Sprache nur sehr mangelhaft beherrschte und schließlich ein Gutachten von 50 ungebrochenen Seiten erforderlich wurde, sodaß der Gutachtengebühr von 30 M. Abschreibergebühren in der Höhe von 10 M. gegenüberstehen. Wenn der Verfasser des angeführten Artikels, der als Geheimer Rechnungsrevisor an der Königl. Preußischen Oberrechnungskammer von einer falschen Sentimentalität anmaßenden Gebührenforderungen gegenüber kaum angekränkelt sein dürfte, zu dem Ergebnisse gelangt, daß die Ärzte, falls die besonderen Vorbesuchsgebühren wegfielen, den meist wohlberechtigten Einwand erheben würden, die nach Nr. 13 des Tarifs zulässige Höchstgebühr von 30 M. sei keine ausreichende Entschädigung für ihre Mühewaltung, und daß sie eine Überschreitung des Höchstsatzes gemäß Nr. 2 Abs. 1 Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen des Gebührentarifs beanspruchen würden — so illustriert gerade der vorliegende Fall die Richtigkeit dieser Ansicht auf das deutlichste.

Aber ganz abgesehen von diesem Widerspruche gegen die Absicht, in der das Gesetz erlassen wurde, deckt sich auch die Entstehung der Ziffer § 17 und ihr Wortlaut nicht mit der Auslegung des Düsseldorfer Strafsenates. Es muß dabei ganz dahingestellt bleiben, ob nicht der Ausdruck „Vorbesuch" ganz identisch sein soll mit dem sonst gebrauchten Ausdrucke „Voruntersuchung".

Tatsächlich ist während der Kommissionsverhandlung mit keinem Worte davon die Rede gewesen, daß hier ein ganz neuer Begriff in den Tarif eingeführt werden sollte. Und in demselben Paragraphen ist kurz vorher noch von „Untersuchung" in den Fällen zu 11 b und 12 b die Rede, obgleich die Art der zu leistenden ärztlichen Tätigkeit in praktischer Beziehung genau auf derselben Stufe steht, wie die vorbereitende Arbeit für ein wissenschaftliches Gutachten.

Mag man den Ausdruck „Vorbesuch" auslegen, wie man will, im Satz 2 der Ziffer 17 Absatz 1 wird bestimmt:

Sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu. Der Paragraph 3 bewertet aber eine Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder wenn dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt mit 3 M., wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt mit 5 M.

Hätte der Gesetzgeber hier den Begriff Vorbesuche so eng fassen wollen, so hätte er den Absatz so fassen müssen: „so tritt die Gebühr zu 3 b hinzu", oder es hätte, wie in Ziffer 17 Abs. 2 lediglich für die Untersuchung außerhalb der Wohnung eine Zusatzgebühr festgesetzt werden müssen.

„Gerade jene Fassung, welche auf die sämtlichen unter 3 bestimmten Gebühren, nicht bloß auf eine einzelne hinweist, läßt erkennen, daß nunmehr nicht nur die vom Arzte „gemachten" Besuche, d. h. Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes, sondern auch die von ihm „empfangenen" Besuche, d. h. Untersuchungen in der Wohnung des Arztes . . unter den Allgemeinbegriff „Vorbesuche" fallen sollen", sagt die obenangezogene Entscheidung des Reichsversicherungsamtes.

Wieder ist in der Kommissionsberatung mit keinem Worte davon die Rede gewesen, daß die Untersuchung zu Hause gar nicht entlohnt werden solle. Es würde auch wohl kaum dem Sinne des Gesetzes entsprechen, wenn der Hauptwert des „Vorbesuches" in der mechanischen Leistung der Fortbewegung zum Untersuchungsakte gesehen und der Zeitverlust und die wissenschaftliche Arbeit zu Hause gar nicht als ersatzpflichtig angesehen würde.

Dementsprechend hat denn auch in der Kommissionsberatung ein Kommissionsmitglied verlangt, daß nach Analogie der Ziffer 3 auch für die Gutachten zwischen dem Falle einer Untersuchung in der Wohnung und außerhalb der Wohnung unterschieden werden müsse, ebenso wie bei Ziffer 11 und 12. Nachdem in der Kommissionsberatung zuerst diese Mehrtätigkeit durch eine Zuzahlung von 2 M. entschädigt werden sollte, also genau durch die Differenz, die in Ziffer 3 zwischen den Untersuchungen in und außerhalb der Wohnung vorgesehen wird, erfolgte schließlich die Formulierung in der jetzt bestehenden Fassung. Und nur mit dieser Differenz wird auch die Tätigkeit des Arztes bewertet, wenn er sich an Ort und Stelle begeben hat und die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden kann.

Die Entscheidung des Oberlandesgerichtes in Düsseldorf stellt sich dann bei ihrer Auslegung des Begriffes der Vorbesuche auf den Standpunkt, zur Zeit der Geltung des Gesetzes vom 9. März 1872 habe ein Vorbesuch nur dann vorgelegen, wenn der Sachverständige zur Vorbereitung des Gutachtens seinen Beruf außerhalb des gewöhnlichen Bereichs seiner ärztlichen Tätigkeit und außerhalb der ihm hierzu dienenden Räumlichkeiten ausüben und zu diesem Zwecke einen Weg zu dem außerhalb des Bereiches seiner ärztlichen Tätigkeit sich befindenden Kranken zurücklegen mußte. Diese Auffassung deckt sich durchaus nicht mit der Wirklichkeit. Allerdings sind in einem kleinen Teile des Wirkungsbereiches des Gesetzes die Vorbesuche in diesem Sinne beanstandet worden (im wesentlichen im Bezirke der Oberlandesgerichte Düsseldorf und Köln). Im allgemeinen aber sind auch unter der Herrschaft des alten Gesetzes die Gebühren für Vorbesuche innerhalb der Anstalt in der Regel anstandslos gewährt worden.

Daß die obige Auffassung den tatsächlichen Verhältnissen nicht entspricht, ergibt sich ja ohne weiteres daraus, daß die Untersuchung von Beobachtungsgefangenen und überhaupt die forensische Begutachtung von Kranken durchaus nicht zum gewöhnlichen Bereiche der Tätigkeit des Anstaltsarztes gehört. Sie ist in dem ihm vorgeschriebenen Pflichtenkreise nicht vorgesehen und bekanntlich kann keine Irrenanstalt von seiten der Gerichte gezwungen werden, Beobachtungskranke aufzunehmen.

Die Entscheidung behauptet dann weiterhin, unter ärztlichen Vorbesuchen seien nach allgemeinem Sprachgebrauche Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes, also an der anderweitigen Aufenthaltsstelle des Patienten zu verstehen. Ich kann an dieser Stelle auf eine Erörterung darüber verzichten, wie unnatürlich und gezwungen es ist, in Anstalten die Wohnung des Arztes mit der Aufenthaltsstelle des Patienten, die so gut wie ausnahmslos örtlich weit voneinander getrennt sind, zu identifizieren.

Bei den hiesigen örtlichen Verhältnissen werden auch die weitgehendsten Anforderungen der obigen Entscheidung erfüllt, ohne daß man ihre Berechtigung anzuerkennen braucht.

Die hiesige Anstalt ermangelt, was die baulichen Verhältnisse anbetrifft, vollkommen der Einheitlichkeit. Abgesehen von einer Abteilung, die in einem benachbarten Dorfe liegt, setzt sie sich aus 3 Abteilungen zusammen, die in verschiedenen Stadtteilen in 3 verschiedenen Straßen, Klosterstraße, Mühlenstraße und Bahnhofsallee liegen. Außerhalb des eigentlichen Anstaltsbereiches, vor allem auch außerhalb der Umfassungsmauern, liegen die meisten Dienstwohnungen der Anstaltsärzte. Meine Wohnung liegt auf dem Hagentorwall 15.

Daß diese Dienstwohnungen nicht auf dem eigentlichen Anstaltsterrain liegen, geht ohne weiteres daraus hervor, daß, während sämtliche im Anstaltsgebiete wohnenden Anstaltsangestellten von den Einquartierungslasten befreit sind, dies bei den Anstaltsärzten nicht der Fall ist.

Zu sämtlichen Vorbesuchen, auch zu denen, für die ich nicht liquidiert habe, bin ich von meiner Wohnung in die Anstalt gegangen und zwar außerhalb der Zeit der ärztlichen Visiten, und ausschließlich zu dem Zwecke der Untersuchung des Beobachtungskranken.

Dieser Standpunkt ist auch unter Geltung des Gesetzes vom 9. März 1872 von den gerichtlichen Behörden, die für die hiesige Anstalt in Betracht kommen, geteilt worden. Im allgemeinen sind in dieser Zeit die Gebühren für Vorbesuche anstandslos bewilligt worden, ohne daß überhaupt die Frage, ob die Vorbesuche außerhalb der Wohnung gemacht worden seien, gestreift worden wäre.

Nur mehrere Male kam es zu einer Beanstandung. So wurde 1897 infolge einer Anfrage der Buchhalterei der Königl. Justiz-Hauptkasse zu Celle durch das hiesige Königl. Amtsgericht II eine Prüfung dieser Verhältnisse vorgenommen. Nachdem die mit den örtlichen Verhältnissen aus eigener Anschauung vertrauten Richter der Königl. Amtsgerichte I und II zu Hildesheim sich in dem obigen Sinne über diese Verhältnisse ausgesprochen hatten, wurde die Bewilligung der Gebühr für Vorbesuche im Entmündigungsverfahren auch gegen Personen, die sich in der Anstalt befanden, regelmäßig gewährt.

Als im Jahre 1898 der erste Staatsanwalt beim Königlichen Landgerichte Hannover in der Strafsache gegen die Ehefrau Sch. geb. N. aus M. (O. 208/97) die Zahlung der Gebühr beanstandet hatte und der Oberstaatsanwalt in Celle sich in gleichem Sinne aussprach, gab der Herr Justizminister einer dagegen eingelegten Beschwerde nach und beauftragte den Oberstaatsanwalt, die Gebühren zu erstatten.

In gleichem Sinne wurden in der Strafsache gegen die Witwe E. aus B. wegen Majestätsbeleidigung (J. 1377/97) die Gebühren ausgezahlt, nachdem der Untersuchungsrichter II beim Königlichen Landgerichte Hannover eine Erklärung über die Lage der Dienstwohnung herbeigeführt hatte.

Nach alledem ist meiner Ansicht nach die Auffassung der Vorbesuche sogar im Sinne des Oberlandesgerichtes in Düsseldorf erfüllt.

Sollte meine Ansicht nicht geteilt werden, so bitte ich meine Ausführungen der nächsten Instanz zur Entscheidung vorzulegen.

Wenn man gehofft hatte, diese Blüte sublimer Juristerei und die üppige Fülle von unwiderstehlichen Gründen würde ihre Wirkung sogar auf das eherne Herz des Untersuchungsrichters und der nächsten Instanz, der Strafkammer, nicht verfehlen, so wurde diese Hoffnung durch eine gräßliche Enttäuschung zu Boden geschmettert.

Nach zweimonatlicher Überlegung resolvierte das Beschwerdegericht in lapidarer Kürze:

Nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 bezieht sich die Vorschrift unter A. Nr. 17 Abt. 1 Satz 2 des Tarifs nur auf Vorbesuche im engeren Sinne, d. h. solche Untersuchungen, die außerhalb der Wohnung oder Anstalt des untersuchenden Arztes vorgenommen sind. Die Dienstwohnung des

Arztes ist als ein Teil der einheitlichen Anstalt anzusehen. Es sind daher neben den Gebühren aus Nr. 13 des Tarifs für Untersuchungen in der Wohnung oder Anstalt die Gebühren zu Nr. 3 des Tarifs nicht zulässig.

Es kann nur aus tiefstem Herzen bedauert werden, daß mit diesem Urteile schon der Instanzenzug erschöpft war.. Es wäre von größter Bedeutung gewesen, wenn die Entscheidung des Oberlandesgerichtes in Celle noch hätte eingeholt werden können. Es ist mir sehr zweifelhaft, ob sie in demselben Sinne ausgefallen wäre und jedenfalls hätte sie die Verhältnisse im Oberlandesgerichtsbezirke einheitlich und endgültig geregelt. Denn von allen anderen Gerichten, das Oberlandesgericht Celle einschließlich, ist, soweit mir das durch Erkundigungen festzustellen möglich war, die Vorbesuchsgebühr anstandslos gewährt worden.

Hätte noch die Entscheidung einer höheren Instanz angerufen werden können, dann zweifle ich selbst bei dem tiefen Respekte, den ich als Laie vor jeder richterlichen Entscheidung habe, bei denen es ja gottlob im Gegensatze zu der verabscheuungswidrigen Uneinigkeit zwischen psychiatrischen Begutachtungen nie zu einer Divergenz kommt, nicht daran, daß die Begründung der Entscheidung in einer Weise erfolgt wäre, die der Fülle von bestechenden Gründen der Beschwerde einigermaßen entsprochen hätte; denn es ist mir trotz langen und angestrengten Nachdenkens und der dankenswerten Unterstützung zahlreicher psychiatrischen Kapazitäten in dieser Branche nicht gelungen, überhaupt eine Begründung herauszufinden. Es will mich vielmehr bedünken, jedenfalls infolge der bei mir tiefeingewurzelten juristischen Ignoranz, daß das, was mir auf den ersten Blick als Begründung imponierte, nur die Tatsache ist, die in der Beschwerde bestritten wurde.

Das Urteil ist insofern noch bemerkenswert, als es, obgleich es sich theoretisch auf den Boden des alten Gebührengesetzes stellt, trotz der örtlichen Eigenart der Hildesheimer Anstalt nicht die Grundsätze adoptiert, die praktisch unter der Herrschaft des alten Gesetzes geübt wurden und auf Grund deren auch bei mehrfacher Anfechtung die Identität der Dienstwohnung mit der Untersuchungsstelle der Anstalt geleugnet worden war. Bestände die neue Auslegung zu Recht, dann ergäbe sich für Hildesheim die Ungeheuerlichkeit, daß ein Vorbesuch in der Kolonie Einum, zu der man zu Fuße eine volle Stunde Wegs braucht, als ein in der eigenen Wohnung empfangener Besuch angesehen und demgemäß nicht „abgegolten“ werden darf.

Die Entscheidung hat fraglos eine größere allgemeine Bedeutung. Sicher werden noch andere Gerichte dem lockenden Beispiele folgen. Dabei sind, wie Wegener hervorhebt, allein schon 14 Königl. Preußische Oberlandesgerichte nebeneinander zur Entscheidung berufen. Zu ihnen treten alle die Sondergerichte usw., in deren Verfahren auf Grund reichsrechtlicher oder landesrechtlicher Vorschriften die Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige und mit ihr das Medizinalgebührengesetz nebst Tarif vom 14. Juli 1909 Anwendung finden. Daneben kann die Gebührenfrage auch noch auf dem ordentlichen Rechtswege zum Austrage kommen, wenn die Staatsanwaltschaft als solche von einem Arzt ein schriftliches Gutachten einholt und dann die Z. G. und das Gesetz vom 14. Juli 1909 mit ihren Gebührenvorschriften Anwendung finden.

Die Möglichkeit auseinandergehender Entscheidung ist mithin eine recht große. Mit Recht bezeichnet Wegener es daher als wünschenswert, daß auf dem durch § 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 14. Juli 1909 gegebenen Wege recht bald eine anderweite Zweifel ausschließende Fassung der fraglichen Tarifstelle erfolgt.

Nach diesem Paragraphen kann der Minister der Medizinalangelegenheiten im Einvernehmen mit den sonst beteiligten Ministern Änderungen des Tarifs vornehmen. Vielleicht wäre es eine lohnenswerte Aufgabe für den Vorstand des Vereins Deutscher Irrenärzte, eine Entscheidung des Ministers herbeizuführen und den widerlichen und unwürdigen Gebührenkämpfen ein Ende zu machen.

Fiele diese Entscheidung im negativen Sinne aus oder käme vorläufig noch die Entscheidung des Düsseldorfer Oberlandesgerichtes in Einzelfällen zur praktischen Betätigung, dann kann man wiederum nur Wegener beistimmen, wenn er meint,

„fallen künftig die besonderen Vorbesuchsgebühren weg, dann werden die Ärzte den — meist wohlberechtigten — Einwurf erheben, die Gebühr von 30 M. für ein Gutachten sei keine ausreichende Entschädigung für ihre Mühewaltung. Sie werden also eine Überschreitung des Höchstsatzes gemäß Nr. 2 Abs. 1 Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen des Gebührentarifs beanspruchen.“

Wenn das ein Revisor von der Königl. Oberrechnungskammer meint, dann dürfen sich die Behörden, denen die Entscheidung obliegt, kaum mit der Anschauung durchdrücken, daß die Irrenärzte von ungewöhnlicher Habgier beseelt werden.

Beim Erscheinen der Korrektur ist die Frage in ein weiteres Stadium getreten.

Mitte Januar 1913 wurden sämtliche Vorbesuchsgebühren, die seit Erlaß des Tarifs ausbezahlt worden waren, von dem hiesigen Amtsgerichte unter Drohung der Zwangsvollstreckung wieder eingezogen. Das

geschah auf eine Erinnerung der Oberrechnungskammer vom 10. 12. 1912 hin. Diese stützt sich auf einen Erlaß des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 17. 12. 1910 (Beilage zur Zeitschr. f. Mediz.-Beamte Nr. 6 vom 15. 3. 1911 S. 43), der an den Regierungspräsidenten von Str. gerichtet war.

Die angezogene Stelle, auf die sich die Oberrechnungskammer stützt, lautete lakonisch:

„Bei Erstattung schriftlicher Gutachten ist eine besondere Gebühr für eine Untersuchung in der Wohnung (also für sogenannte empfangene Besuche) nicht zulässig."

In der Anfechtung dieses Beschlusses wurde hervorgehoben, daß dem Minister der Medizinalangelegenheiten nur insofern ein Einfluß auf die Handhabung des Tarifs zustehe, als er nach § 8 des Gesetzes betr. die Gebühren der Medizinalbeamten im Einverständnis mit den sonst beteiligten Ministern Änderungen des Tarifs vornehmen könne.

„Diese Änderungen sind durch die Gesetzsammlung bekannt zu machen."

Da der Erlaß in der Gesetzsammlung nicht abgedruckt sei, könne ihm nur der Charakter einer Verwaltungsmaßregel zuerkannt werden, der sich nur auf einen Spezialfall beziehen könne, denn er sei nicht einmal im Ministerialblatt und ebensowenig in den General- und Sonderakten der Königl. Regierung in Hildesheim aufzufinden.

Die Auslegung des Gesetzes stehe aber dem Minister nicht zu, sondern sei lediglich Sache der Rechtsprechung, die sich zudem kein einziges Mal seit dem Bekanntwerden des Erlasses auf ihn bezogen habe.

Im übrigen vermochte man sich jetzt auf ein Urteil des Landgerichts I (35. Zivilkammer) Berlin vom 14. Oktober 1912 zu stützen, das in dieser Nummer gleichfalls abgedruckt ist.

Entscheidung des Kgl. Landgerichts I Berlin (35. Zivilkammer) über besondere Vergütung von „Vorbesuchen" vom 14. Oktober 1912. 65. S. 142/12.

Abschrift.*)

In Sachen des Königl. Gerichtsarztes Dr. . . . in Berlin, . . . gegen den Königl. Preußischen Fiskus vertreten durch den Oberstaatsanwalt des Königl. Kammergerichts in Berlin, hat die 35. Zivilkammer des Königl. Landgerichts I in Berlin auf die mündliche Verhandlung vom 14. Oktober 1912 unter Mitwirkung des Landgerichtsdirektors Geh. Justizrats Vonhoff, des Amtsrichters Fenwarth und des Landrichters Dr. Dambitsch für Recht erkannt:

Das am 13. Juli 1912 verkündete Urteil des Königl. Amtsgerichts Berlin-Mitte Abt. 51 wird abgeändert:

Der Kläger wird mit der Klage abgewiesen und verurteilt, die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand.

Gegen das vorbezeichnete Urteil, auf dessen vorgetragenen Inhalt Bezug genommen wird, hat der Beklagte mit dem aus dem Urteilstenore ersichtlichen Antrag Berufung eingelegt. Er hat die Berufung nach Maßgabe seines Schriftsatzes vom 29 August 1912, welcher inhaltlich vorgetragen ist und auf welchen Bezug genommen wird, gerechtfertigt.

*) Vom Herrn Präsidenten des Königl. Landgerichts I Berlin der Redaktion zum Abdruck überlassen, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei. Red.

Der Kläger ist den Ausführungen des Beklagten entgegengetreten und hat den Antrag gestellt, die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe.

Die Berufung ist frist- und formgerecht eingelegt, sie ist auch sachlich begründet.

Die hier zu entscheidende Frage, ob der Arzt außer der für das schriftliche Gutachten nach Tarif A 13 ihm zustehenden Gebühr noch eine besondere Vergütung für solche vorbereitenden Untersuchungen zu beanspruchen hat, welche von ihm in der Wohnung oder in der Anstalt vorgenommen sind, kann nur aus dem jetzt geltenden Gesetz vom 14. Juli 1909 (G. S. S. 625) und dem darin zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Willen beantwortet werden.

Die in Betracht kommenden Bestimmungen lauten:

Tarif A 17 Absatz 1: „Außer der Gebühr zu 13 erhält der Kreisarzt im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen ist die zu 4 (Akteneinsicht außerhalb des Termins) bestimmte Gebühr in den Gebühren zu 13 und 15 mit einbegriffen. Sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu".

Tarif A 3: „Untersuchung behufs Vorbereitung eines in einem Termin zu erstattenden Gutachtens:

a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet . . . 3 Mark,

b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung, der Anstalt stattfindet . . . 5 Mark.

Hat sich der Kreisarzt in dem Falle zu b an Ort und Stelle begeben und kann die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden, so ist eine Gebühr von . . . 3 Mark in Ansatz zu bringen.

Mehr als drei Untersuchungen dürfen nur mit Zustimmung der ersuchenden Behörde berechnet werden."

Die Ansicht, daß unter „Vorbesuchen" im Sinne von Tarif A 17 nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch nur die in Tarif A 3 b bezeichneten Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt verstanden werden können, ist nicht gerechtfertigt; denn die Bezeichnung „Vorbesuche" ist sprachlich ebenso berechtigt, wenn es sich um Vorbesuche handelt, welche der Arzt von den zu untersuchenden Personen in seiner Wohnung empfängt. Daß der Gesetzgeber aber nur vom Arzt gemachte Vorbesuche im Auge gehabt hat, ist im Wortlaut nicht zum Ausdruck gebracht, ganz im Gegensatz zu der Fassung des früheren Gesetzes vom 9. März 1872 (G. S. S. 265), in dessen § 6 es heißt: „Für mehr als drei Vorbesuche passiert die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirierenden Behörde gemacht sind."

In Tarif A 17 Absatz 1 ist die Bezeichnung „Vorbesuche" offenbar nicht im gewollten Gegensatz zu „Untersuchungen" gebraucht. Der Gesetzgeber hätte, wenn er unter „Vorbesuchen" im Sinne des Absatz I von Tarif A 17 nur die außerhalb der Wohnung oder Anstalt gemachten Untersuchungen verstanden wissen wollte, in Absatz 2 ebenfalls nur kurzweg von Vorbesuchen gesprochen. Es heißt hier aber abweichend von Absatz 1: „Hat in den Fällen zu 11 und 12 eine Untersuchung außerhalb der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, außerhalb der Anstalt stattgefunden, so erhöhen sich die Gebühren zu 11 und 12 um je . . . 2 Mark." Aus dieser Verschiedenartigkeit der Ausdrucksweise in Absatz 1 und 2 ist der Schluß zu ziehen, daß die Begriffe „Vorbesuche" und „Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder der Anstalt" nicht als gleichbedeutend behandelt sind. Außer an der in Rede stehenden Stelle kommt der Ausdruck „Vorbesuche" nur noch einmal im Gesetz vor, und zwar in Tarif A 17 Absatz 4 in der umschriebenen Form „vorgängiger Besuch". Aus dieser Gesetzesstelle ist zu folgern, daß der Gesetzgeber hierunter alle Untersuchungen ohne Rücksicht auf den Ort der Vornahme verstanden wissen will. Die Bestimmung lautet: „Erfordert die Untersuchung zu 16 (bakteriologische, chemische) einen vorgängigen Besuch oder eine vorgängige Besichtigung, so treten die Gebühren zu 3 hinzu. Offenbar ist hier das Wort „Besuch" in Beziehung auf Personen und der Ausdruck „Besichtigung" in Beziehung auf Sachen gebraucht. Da die „Besichtigung", je nachdem die zu begutachtenden Gegenstände in die Arbeitsräume des Arztes geschafft werden oder an Ort und Stelle verbleiben, sowohl in als außerhalb der Wohnung vorgenommen werden kann, kommen in beiden Fällen die besonderen Vergütungen von Tarif A 3 in Ansatz. Wenn nun dem Ausdruck „Vorbesuche" die einschränkende Bedeutung von Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt innewohnte, so ergäbe sich die unhaltbare Konsequenz, daß im Gegensatz zu den hier gleichgestellten „Besichtigungen" die „Untersuchungen in der Wohnung oder Anstalt" nicht besonders vergütet werden.

Der Wille des Gesetzgebers, Untersuchungen, die vom Gutachter in seinen Arbeitsräumen vorgenommen werden, besonders zu entlohnen, ergibt sich nunmehr, nachdem dargelegt ist, daß dem Ausdruck „Vorbesuche" weder nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch noch nach der Terminologie des Gesetzes die einschränkende Bedeutung von Untersuchungen außerhalb der Wohnung zukommt, klar aus der vorbehaltslosen Bezugnahme des Tarif A 17 Absatz 1 auf die Gebühren zu 3, also auch auf die Gebühr zu 3a. Es erscheint nicht gerechtfertigt, hier von einer redaktionellen Ungenauigkeit des Gesetzgebers zu sprechen. Denn die Zubilligung einer besonderen Gebühr für vorgängige Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt hat ihre innere Berechtigung und könnte nur dann nicht als vom Gesetzgeber gewollt angesehen werden, wenn bei den außerhalb der Wohnung oder der Anstalt vorgenommenen Untersuchungen lediglich der Mehraufwand von Zeit und Mühe vergütet würde, den der Gutachter braucht, um sich an den außerhalb seiner Wohnung oder Anstalt gelegenen Ort zu begeben. Dies ist aber nicht der Fall. Denn nach Tarif A 3 Absatz 2 ist, wenn sich der Kreisarzt im Falle zu b an Ort und Stelle begeben hat und die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden kann, nur eine Gebühr von 3 Mark in Ansatz zu bringen, während die Gebühr bei Ausführung der Untersuchung 5 Mark beträgt. Hieraus ist zu entnehmen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers der Untersuchungsakt selbst und die dabei entfaltete Geistestätigkeit des Gutachters be-

sonders entlohnt werden soll. Die geistige Tätigkeit des Arztes ist aber bei Untersuchungen in und außerhalb seiner Wohnung gleichwertig. Wird die außerhalb der Wohnung vorgenommene Untersuchung besonders vergütet, so ist aus demselben Grunde auch die Vergütung für Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt geboten.

Demgegenüber kann die Tatsache, daß das Gesetz bei Befundscheinen und Befundattesten (Tarif A 11 und 12) eine besondere Gebühr nur für die Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder der Anstalt zubilligt (Tarif A 17 Absatz 2), nicht ins Gewicht fallen. Diese besondere Regelung findet ihre Erklärung in dem Unterschied der Befundscheine und der wissenschaftlichen Gutachten. Die Ausstellung eines Befundscheins geht mit der erforderlichen Untersuchung Hand in Hand, da beide gleichzeitig erfolgen und die Niederschrift des Befundes eine besondere geistige Tätigkeit nicht erfordert. Demgemäß vergütet das Gesetz hier bei den Untersuchungen außerhalb der Wohnung nur den Mehraufwand von Zeit und Mühe für den Weg; denn wenn die Untersuchung an Ort und Stelle ohne Verschulden nicht vorgenommen werden kann, so erhält der Arzt dieselbe Vergütung wie für die Vornahme der Untersuchung (Tarif A 17 Abs. 2 und 3). Der Untersuchungsakt selbst wird bei den Befundscheinen ihrer inneren Natur entsprechend mit der für die Ausstellung angesetzten Gebühr mit abgegolten. Anders verhält es sich bei den wissenschaftlichen Gutachten, die das Ergebnis einer Untersuchung niederlegen und nach allen Richtungen begründen. Hier tritt eine besondere geistige Tätigkeit zutage, die von der für die Untersuchung aufgewendeten durchaus verschieden ist.

Die vorbehaltslose Inbezugnahme auf die Gebühren zu 3 kann um so weniger als eine Inkorrektheit im Gesetzestext angesehen werden, als dann auch die Fassung von Satz 1 derselben Gesetzesbestimmung als inkorrekt bezeichnet werden müßte. Der Gesetzgeber bestimmt hier, daß die zu 4 bestimmte Gebühr (für Akteneinsicht außerhalb des Termins) in den Gebühren zu 13 und 15 mit einbegriffen ist. Stünde der Gesetzgeber auf dem Standpunkt, daß Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt nicht besonders zu vergüten sind, so wäre es zur Vermeidung von Mißdeutungen geboten gewesen, außer der Gebühr zu 4 auch die Gebühr zu 3a als in der Gebühr zu 13 miteinbegriffen aufzuführen. Der Gesetzgeber hat die Gebühr zu 3a hier aber konsequenterweise nicht aufgeführt, weil er im nächstfolgenden Satz bestimmt, daß diese Gebühr nicht mitabgegolten, sondern neben der Gebühr zu 13 in Ansatz zu bringen ist.

Nach alledem ist der Anspruch des Beklagten auf besondere Vergütung der in seiner Wohnung vorgenommenen Untersuchung nach Maßgabe des Tarifs A zu 3a berechtigt und der Rückforderungsanspruch des Klägers dementsprechend unbegründet.

Der hier vertretene Rechtsstandpunkt ist auch vom 2. Strafsenat des Kammergerichts in der Strafsache c/a Ruhle 2 W. 687/12 (Beschluß vom 20. September 1912) eingenommen worden.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 91 Zivilprozeßordnung.

gez.: Vonhoff. Fenwarth. Dambitsch.

Anm. d. Red. Wir hoffen, das hier am Schluß erwähnte Kammergerichtsurteil bald zum Abdruck bringen zu können.

Der Andere.

Eine zeitgemäße psychiatrische Betrachtung.

Von Oberarzt Dr. *Becker*, Landesirrenanstalt Weilmünster.

In Nr. 52 v. Jahrg. der „Woche“ ist ein Aufsatz erschienen von I. Lorm, betitelt: „Das Theater der Illusionen“. Acht große Bilder illustrieren den Artikel, der einer Verherrlichung des Filmzaubers im allgemeinen und eines neuen Filmstückes, „Der Andere“ genannt, im besonderen dient. Dieses Schaustück nun ist es wert, daß wir Psychiater uns mit ihm einmal etwas näher befassen. Bezüglich des Inhalts lassen wir zunächst Herrn Lorm selber reden:

„. . . Als Erste, die den Ehrgeiz besitzt und das Ziel erstrebt, über alle Filmdramatik hinweg die Lichtspielkunst zur Darstellung künstlerisch wertvoller Darbietungen zu erheben, ein Drama mit all' seinem inneren Gehalt zu erschöpfen, bringt eine deutsche, eine Berliner Firma die kinematographische Aufführung eines literarischen Werkes, des Schauspiels „Der Andere“ von Paul Lindau, von einem talentvollen Regisseur, Max Mack, inszeniert und mit einem Künstler als Träger der Titelrolle, der als einer der eigenartigsten, echtesten Menschendarsteller längst zu den Größen der deutschen Schauspielkunst gezählt wird: Albert Bassermann. Die Rolle des überarbeiteten Staatsanwalts, der Jahrzehnte hindurch seine Nervenkraft bis an die äußerste Grenze ihrer Leistungsfähigkeit anspannte und schließlich eine jener Störungen des geistigen Gleichgewichts erleidet, die die Psychiater mit dem Namen „alternierendes Bewußtsein“ bezeichnen, bietet dem Künstler zahllose Momente, um seine ganze virtuose Technik, seine vom scharfen Verstand geleitete souveräne Beobachtungsgabe und seine große Kunst der indi-

viduellen Wiedergabe psychischer Vorgänge in erschütternder Weise zu bewähren. Wie dieser Staatsanwalt durch nervenzerrüttende berufliche Arbeiten, durch einen Sturz vom Pferd und durch starke seelische Erregungen jener eigenartigen Geistesstörung zum Opfer fällt, die sich durch die Ausschaltung des Bewußtseins dokumentiert, an dessen Stelle sich ein anderes, zweites Bewußtsein einschaltet, zu dem keine Erinnerungsbrücke hinüberleitet, ist ein Meisterwerk psychopathischer Darstellungskunst. Als dieser „Andere", im Traumzustand seiner kranken Psyche, sucht er die Verbrecherkreise in jenen Spelunken auf, in denen er einige Zeit vorher zu Studienzwecken weilte, um dort Eindrücke für ein Buch zu sammeln, an dem er schrieb. Als dieser „Andere" wird er zum Gefährten und Helfershelfer des Einbrechers, der bei ihm — dem Staatsanwalt — nächtlicher Weise einen Raubzug unternimmt und mit ihm die Beute teilt. Als er selbst — nicht mehr der „Andere" — erwacht er am nächsten Morgen aus dumpfem bleiernem Schlaf, und aus dem furchtbaren, wirren Hexentanz der Bilder, die durch sein krankes Hirn flattern, vermag er Traum und Wirklichkeit nicht mehr von einander zu lösen, zu trennen ....

Bis die Liebe einer Frau diese dunklen Schatten verscheucht." ....

Gegen vieles muß hier von psychiatrischer Seite Einspruch erhoben werden. Wenn geistige Überarbeitung, seelische Erregungen und Sturz vom Pferd genügen sollen, um ein dem Geschilderten einigermaßen ähnliches Krankheitsbild zu erklären, so mag das noch hingehen, obwohl nach unseren Begriffen hereditäre Belastung viel besser hineingepaßt hätte. Nun aber das merkwürdige Krankheitsbild selber! — Die gegebenen Schilderungen passen eigentlich nur auf hypnotische Zustände. In der echten Hypnose kann es zu einem tatsächlich „alternierenden Bewußtsein" kommen. Auch da ist schon gleich wieder ein Haken allerdings: Es ist eins der allerschwierigsten Stücke für den Hypnotiseur, sein Objekt zu einer Handlung zu treiben, die des letzteren moralischem Wollen widerspricht, z. B. einen Ethischhochstehenden zu einem Diebstahl zu verleiten. Aber im vorliegenden Falle handelt es sich ja um eine Krankheit, nicht um hypnotische Suggestion. Was für eine Krankheit soll da gemeint sein? — Wir könnten doch höchstens an epileptische Dämmerzustände denken; wo sind hier aber sonstige Anzeichen der Epilepsie? — Und wie wäre es denkbar, daß ein Epileptiker — den Kaschemmenverbrechern als geistig gesund imponierend — immer wieder in denselben Dämmerzustand, wo er sich als Verbrecher fühlte, verfällt? — Und dann soll die Liebe eines Mädchens die Krankheit heilen? — Alle Achtung vor der Sage des armen Heinrich, aber eine derartige Benutzung derselben Idee geht denn doch ein bißchen zu weit.

Ich sage also, wir Psychiater müssen Einspruch erheben, Einspruch dagegen, daß ein deutscher Dichter — und ist es auch der ehrwürdige Paul Lindau — auf dem Wege des Films dem Volke ein psychisches Krankheitsbild als lebenswahr schildert, das nach bisherigen Kenntnissen und Erfahrungen überhaupt als unmöglich gelten muß. Ferner, daß eine angesehene Zeitschrift, die „Woche", ihrem überaus weitverbreiteten Leserkreise darzutun sucht, als sei solche Krankheit etwas Allbekanntes, als müsse der einen Mangel von allgemeiner Bildung bei sich konstatieren, der diese noch nicht kennte! Endlich, daß der alte Aberglaube, Epilepsie sei durch Heirat heilbar, wieder genährt wird! Ist es denn nicht genug, daß alljährlich so viele Ehen für nichtig erklärt oder geschieden werden, in denen der gesunde Teil nachweist, daß ihm die Epilepsie vor der Ehe absichtlich verschwiegen worden sei, und der andere zu seiner Entschuldigung anführt, daß man geglaubt habe, post coitum primum sei die Epilepsie fort. Die Zeugung wie vieler unglücklicher Geschöpfe mag dieser unselige Aberglaube, der wie unsere Krankengeschichten beweisen, tief im Volke wurzelt, schon auf dem Gewissen haben! — Und nun soll er durch den Film, unter einer überschwänglichen Schilderung in der „Woche", unter der geistigen Führerschaft eines Paul Lindau von neuem dem Volke gepredigt werden? — Wir Psychiater protestieren! —

Es darf nicht wundernehmen, wenn literarische Größen vom Schlage eines Paul Lindau auf medizinischen Entgleisungen betroffen werden. Ich habe im Frühjahr 1912 in der „Umschau" noch viel mehr namhaften modernen Romanschriftstellern „medizinische Unmöglichkeiten" in ihren Werken nachgewiesen, so Eduard Stilgebauer, Gustav Frenssen, Johannes Schlaf und Clara Viebig. Wäre Atlantis damals schon erschienen gewesen, so wäre Gerhart Hauptmann auch nicht verschont geblieben. Aber diese unrichtigen Darstellungen auf medizinischem Gebiete schaden wenigstens nicht so viel wie diese Filmdarbietungen aus der Verbrecherwelt, die bei der großen Masse so besonders beliebt sind, wie Mercklin noch im August vor. J. in dieser Zeitschrift betont hat. Wenn Mercklin damals den Tenor seines Aufsatzes dahin ausklingen ließ, daß wir „die verzerrten, rohen, unwahren Darstellungen psychiatrischer Szenen auf der Filmbühne" bekämpfen müßten, so kann ich mich dem auf Grund des oben wiedergegebenen Falles nur voll und ganz anschließen.

Referate

— Citron, Dr. Julius, Klinische Bakteriologie und Protozoenkunde. Leipzig, 1912, Verlag von W. Klinkhardt. 172 Seiten. Mit 65 Abbildungen im Text und 7 farbigen Tafeln.

Das Buch ist, wie Verf. im Vorwort bemerkt, aus der täglichen Praxis in einem großen klinischen Institut entstanden; es ist darum alles eingehend berücksichtigt worden, was für die Diagnostik wichtig ist. Verf. hat besonderen Wert auf die Technik gelegt. — Zunächst wird die Einteilung der Bakterien erörtert, und zwar wird morphologisch unterschieden in 1. Bazillen, 2. Kokken und 3. Spirillen und Vibrionen. Nach Zahl und Stellung der Geißeln werden wiederum folgende Gruppen unterschieden: 1. Atriche, 2. Monotriche, 3. Amphitriche, 4. Lophotriche, 5. Peritriche. Die auf dem verschiedenen pathogenen Verhalten der Bakterien beruhende biologische Einteilung ergibt (nach Bail): 1. Ganzparasiten, 2. Halbparasiten, 3. Saprophyten, eine Einteilung, die natürlich nur relative Bedeutung hat. — Es folgt die Beschreibung des Bakterienmikroskops, der Fixierungs- und Färbemethoden, der Züchtungsmethoden, der Herstellung der Nährböden, der natürlichen wie der künstlichen, der Züchtung und Isolierung der aëroben Bakterien (Plattenverfahren etc.), der Anaëroben; das makroskopische Aussehen der Kulturen und ihre biologischen Eigenschaften, die Pathogenitätsprüfung, die Immundiagnostik, die Agglutinine und Präzipitine, Ambozeptoren, Hämolysine, die Komplementbindungsmethode, die Bakteriotropine und Opsonine; die Entnahme des Untersuchungsmaterials, den Nachweis von Bakterien. — Dieser die ersten 67 Seiten umfassende Teil führt in klarer, leicht verständlicher und übersichtlicher Weise in die allgemeine Bakteriologie ein. Der zweite Teil behandelt im speziellen 1. die wichtigsten pathogenen Bakterien des Menschen, 2. die nichtpathogenen Bakterien, 3. die Eumyzeten oder Fadenpilze (Hyphenpilze), und zwar a) die höheren Schimmelpilze, b) die Haarpilze oder Trichomyzeten, und 4. die Blastomyzeten oder Sproßpilze (Hefen). Der dritte Hauptabschnitt bringt die Protozoenkunde, und zwar 1. die Amöben, 2. die Malariaplasmodien, 3. die Spirochäten, 4. die Trypanosomen. Im Anhang sind die Chlamydozoen behandelt (Negrische Körperchen, Variola, Trachomkörperchen, Molluskumkörperchen, Scharlachkörperchen). — Die Abbildungen im Text wie die farbigen Tafeln sind ganz vorzüglich. Das Buch kann aufs wärmste empfohlen werden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

Bekanntmachung.

Bei der **Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster** (Pfalz) ist eine

Hilfsarztstelle

sofort zu besetzen. Gehalt 2000 M. jährlich bei freier Station I. Klasse, sechs dreijährige Vorrückungen von je 300 M. Nach fünfjähriger befriedigender Dienstleistung und Bestehen der Physikatsprüfung kann die etatsmäßige Stelle eines Anstaltsarztes (Gehalt 3000 M. nach Klasse 12 der Gehaltsordnung für die etatsmäßigen Staatsbeamten, Familienwohnung) erreicht werden.

Ledige Bewerber wollen ihre an die Kgl. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern in Speyer gerichteten, mit Approbation und sonstigen Zeugnissen, sowie mit Lebenslauf versehenen Gesuche baldigst bei der unterfertigten Direktion einreichen.

Klingenmünster, 17. Jan. 1913.
Kgl. Direktion der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt:
Medizinalrat Dr. **Karrer**,
Kgl. Direktor.

An der Heilanstalt für Nerven- u. Geisteskranke Bergquell-Frauendorf bei Stettin ist die Stelle des

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2400 Mark bei freier Station I. Kl. Psychiatrische Vorbildung erwünscht, aber nicht erforderlich. Meldungen mit Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Bild erbeten an Dr. **Görlitz.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 46. 8. Februar **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Zur Frage der Berufsvormundschaft.

Von Dr. *Friedr. Moerchen* in Ahrweiler.

Die Entmündigungssache der Frau Peill, über die ich kürzlich eingehend berichtet habe, hat Anlaß zu mancherlei Erörterungen „irrenrechtlicher" Natur gegeben. Mit Recht; denn dieser Prozeß enthält eine Menge von Material zur Erörterung solcher Fragen, auch wenn man von den sensationellen Prozeßberichten der Presse („Die Millionärin im Irrenhause" usw.) ganz absieht.

Anscheinend von ärztlicher Seite ist der Münchener „Ärztlichen Rundschau" ein Vorschlag zugegangen, der sich anläßlich des Falles Peill die Berufsvormundschaft zum Gegenstand nimmt, der aber meines Erachtens nicht ganz unwidersprochen bleiben darf. Der Artikel der „Rundschau" lautet:

Ein alter erfahrener Psychiater pflegte zu sagen, es sei manchmal viel besser, die Verwandten eines wohlhabenden Kranken einzusperren, als diesen selber. Denn einmal seien diese doch auch in der Regel nicht ganz normal und zweitens könne der Kranke leichter genesen, wenn er nicht beständig durch seine Verwandten unter dem Vorwand der liebevollen Besorgnis schikaniert würde. Freilich verhindern unsere Gesetze eine solche praktische Maßregel. Auf jeden Fall sollte aber von Amts wegen ein „Berufsvormund" eingesetzt werden, der öffentliches Vertrauen genießt, nicht aber sollte die Entscheidung über das Vermögen eines wegen Geisteskrankheit Entmündigten und Internierten denjenigen allzu leicht gemacht werden, welche den Antrag auf Entmündigung gestellt haben. Würde jede große Stadtgemeinde und jeder Verwaltungsbezirk einen solchen Berufsvormund öffentlich durch seine Gemeinderäte, Abgeordnete etc. wählen lassen, so würde das leider immer wieder wachgerufene öffentliche Mißtrauen gegen die Irrenärzte als angebliche Verbündete der beteiligten Verwandten sehr bald schwinden und solche Prozesse, die immer eine gewisse Animosität und Mißtrauen gegen die gesamte Rechtspflege und Ärztewelt großziehen, würden der Vergangenheit angehören. Ein im Ehrenamt tätiger Berufsvormund könnte die Verwaltung kleiner Vermögen unentgeltlich, die von großen Vermögen gegen die übliche Gebühr besorgen, die Interessen seiner Mündel getreulich wahrnehmen und durch die vielseitige Erfahrung dem öffentlichen Interesse wirksam dienen. Bis jetzt hat man die Berufsvormundschaft nur auf uneheliche Kinder ausgedehnt und glänzende Erfahrungen damit gemacht. Weit mehr als von zahlungssäumigen außerehelichen Vätern wird zuweilen von Verwandten reicher Sonderlinge an dem öffentlichen Wohle gesündigt. Man braucht sich nur eines anderen, ebenfalls in der Rheingegend spielenden Prozesses zu erinnern. Hier hatte ein reicher Sonderling, der wohl auch öfters psychisch abnorm war, eine mittellose Schweizerin geheiratet, welche ihn einfach in ein Irrenhaus verschwinden ließ, sein riesiges Vermögen mit ihren Liebhabern durchbrachte und den armen Teufel, als er endlich wieder in Freiheit kam, verließ. Wäre hier ein Berufsvormund tätig gewesen, so wäre das Vermögen der Allgemeinheit erhalten und wahrscheinlich zugunsten der Wohlfahrtspflege herangezogen worden. Wir meinen also, daß die „Irrenfrage" zumeist eine Vormundschaftsfrage ist, und daß die von Zeit zu Zeit auftauchenden Skandalprozesse mit ihren widerlichen, die Volksseele vergiftenden Einzelheiten verschwinden würden, wenn nicht ein von den betreibenden Verwandten präsentierter Rechtsfreund, sondern ein durch das öffentliche Vertrauen gewählter Berufsvormund über das Schicksal der Entmündigten zu entscheiden hätte.

Ich sehe davon ab, mich hier mit der Frage der Berufsvormundschaft im allgemeinen zu beschäftigen. Daß diese aber auch kein Allheilmittel sein würde, das lehrt gerade der Fall Peill, an den jene Zuschrift anknüpft. Denn es ist zunächst in diesem Falle nicht so gewesen, wie man nach den Ausführungen der „Rundschau" annehmen sollte, daß die die Entmündigung „betreibenden" Verwandten einen „Rechtsfreund als Vormund präsentiert" hätten, vielmehr wurde bei Verhängung der vorläufigen Vormundschaft seitens des Amtsgerichts Königswinter ein dortiger Rechtsanwalt zum Vormund ernannt, der den Verwandten bis dahin nicht einmal dem Namen nach bekannt gewesen war. Die den Entmündigungsantrag stellende Tochter der Frau Peill stand jederzeit dem Vormund ihrer Mutter

nicht anders gegenüber, als sie einem Berufsvormund hätte entgegentreten können. Es geschah wesentlich auf den Rat der Anstaltsärzte hin, daß die Tochter der Kranken unmittelbar nach deren Aufnahme in die Anstalt den Antrag auf Einleitung eines Entmündigungsverfahrens stellte, und der Hauptzweck dieses Vorgehens war der, gegenüber den zu erwartenden Angriffen der „Freunde" der Kranken eine „neutrale" Stelle zu schaffen, die über die Person der Kranken zu verfügen habe.

Trotzdem also der ernannte vorläufige Vormund in keiner Weise voreingenommen war, und obwohl er von Anfang an bis heute seine Pflichten gegenüber seinem Mündel in der korrektesten Weise erfüllt hat, blieb es ihm nicht erspart, von den „Freunden" der Kranken vom ersten Augenblick an als parteiisch, gewissenlos usw. bezeichnet zu werden, nur weil er ihren Absichten nicht zu Willen war. Wie sehr ihm damit Unrecht geschehen ist, das hat die Verurteilung seiner Beleidiger zu empfindlichen Strafen gezeigt! Worauf es uns aber hierbei besonders ankommt, das ist der Schluß, den man aus den Vorgängen im Falle Peill ziehen kann, nämlich, daß es einem „Berufsvormund", wenn ein solcher zufällig genommen worden wäre, auch nicht anders gegangen wäre. Wer die zahllosen Eingaben der „Freunde" der Frau Peill kennt, der weiß, daß kein Mensch vor ihren Verdächtigungen geschützt geblieben wäre, und wenn es der allerangesehenste Berufsvormund war.

Vielleicht würde jetzt jemand, der das Urteil in dem Beleidigungsprozeß gelesen hat, darauf aufmerksam machen, daß darin ein Passus (ungefähr) folgendermaßen lautet: Erweislich wahr von allen den Vorwürfen, die dem Vormund gemacht wurden, ist nur der eine, daß er, wie er selbst zugibt, bei dem Waisenrat den Wunsch geäußert hat, auch die definitive Vormundschaft in diesem Falle zu erhalten. Ich gestehe, daß ich es sehr bedauere, in dem Urteil, das den so schwer verleumdeten Rechtsanwalt sonst so glänzend rechtfertigt, diesen Passus zu finden. Denn es mußte in den Verhandlungen jeden anständig denkenden Zuhörer mit Entrüstung erfüllen, in welcher Weise dem Vormund die ehrliche Äußerung eines so begreiflichen Wunsches geradezu als ehrenrühriges Verhalten vorgeworfen wurde. Als wenn nicht jeder Anwalt lieber eine Vormundschaft übernähme, die ordentlich bezahlt wird, als eine solche, bei der er für viel Arbeit nichts bekommt!! Hier greife ich wieder zurück auf den Artikel der „Rundschau". Dort wird gesagt, daß der Berufsvormund ehrenamtlich arbeiten solle und die Verwaltung kleinerer Vermögen unentgeltlich, die von großen Vermögen gegen die übliche Gebühr besorgen müsse. Es ist nun doch selbstverständlich, daß auch ein Rechtsanwalt, der nicht als „Berufsvormund" arbeitet, seine Gebühren nur nach Festsetzung des Gerichts erhält. Und ich möchte bezweifeln, ob nicht ein Berufsvormund, wenn er viele Sachen zu führen hat, die ihm nichts einbringen, den Wunsch haben wird, auch einmal eine Sache zu bekommen, bei der ihm seine Arbeit honoriert wird. Nur dem gegnerischen Anwalt hätte ich in jener Verhandlung das Recht zuerkannt, sich über den Wunsch des Rechtsanwalts Fahr moralisch zu entrüsten, der von sich ehrlich hätte sagen können, daß er ein solcher Idealist sei, der lieber Sachen vertrete, die bei vieler Arbeit nichts einbringen, als solche, bei denen er seinen Lebensunterhalt verdienen könne.

Ich habe diesen Punkt des Verfahrens im Falle Peill deshalb eingehender erörtert, weil er mir deutlich zu zeigen scheint, wie wenig auch ein Berufsvormund in solchen Fällen, die den „Furor antipsychiatricus" entfesseln, gegen Angriffe geschützt sein würde. Deshalb kann ich in der Berufsvormundschaft auch kein Allheilmittel gegen die „Irrenhausprozesse" sehen, wie es der Artikel der „Rundschau" tut. Ich glaube nicht, daß derartige widrige Erlebnisse uns jemals ganz erspart bleiben werden. Es wird immer so bleiben, daß die Geisteskrankheiten durch die von ihnen ausgehende Zerstörung der Beziehungen des Individuums zu Staat, Gesellschaft und Familie als etwas wesentlich anderes angesehen werden, wie die körperlichen Krankheiten. Daran wird auch alle Aufklärung des Publikums über das Wesen geistiger Störungen nichts ändern. Der Geisteskranke wird immer in den Augen der Masse mit einem Makel behaftet bleiben, solange nicht eine höhere Kultur die Gesamtheit soweit ethisch verfeinert hat, daß jede inhumane Beurteilung der Mitmenschen zu einer Unmöglichkeit geworden ist. Davon sind wir aber noch sehr weit entfernt. Bis jetzt ist es noch so, daß wir Psychiater bei der Masse einem Vorurteil begegnen, das eine nahe Verwandtschaft mit dem hat, das den Scharfrichtern entgegengebracht wurde und wird. Wer imstande ist, solchen Vorurteilen, die der einzelne Gebildete immer von sich abweisen wird und die doch das Urteil der Masse beeinflussen, auf ihre volkspsychologische Entstehung hin nachzugehen, der wird mir recht geben. — Unter dieser Abneigung hat dann eben

jeder mitzuleiden, der uns Psychiater in unserem angeblichen Bestreben, Gesunden den „Makel" der Geisteskrankheit aufzudrücken, unterstützt oder von uns in ähnlichen Bestrebungen unterstützt zu werden scheint. — Es kommt aber noch hinzu, daß das große Heer der Psychopathen und der in schwankendem psychischen Gleichgewicht Befindlichen die Tätigkeit in erster Linie natürlich der Psychiater, dann aber auch aller, die von Berufs wegen irgendwie mit Angelegenheiten der Irrenfürsorge zu tun haben, mit unüberwindlichem Mißtrauen verfolgt. Wenn man aus Anlaß von „Irrenhausprozessen" die Berichte der Presse verfolgt, so wird man nur im kleinsten Teil der besseren Blätter eine einigermaßen objektive Darstellung des „Falles" finden. Von da aber gibt es alle Übergänge bis zu Darstellungen, die augenscheinlich von einem mit unheimlicher Angst gemischten Haß getragen sind. Die Artikel mancher Blätter enthalten ausschließlich eine Reihe geradezu wahnwitziger Beschuldigungen gegen die Psychiater und ihre „Helfershelfer"; die Entmündigung und die Vormundschaft wird geschildert als eine Kette unerhörter Vergewaltigungen des Rechts, die Anstalt als eine mittelalterliche Schreckenskammer, in der mit Wissen der Verwandten und Vormünder an den unglücklichen Opfern die entsetzlichsten Verbrechen vorgenommen werden. — Man täusche sich nicht: Mag auch vieles von solchen tollen Schreibereien die Ausgeburt eines kranken Gehirnes sein, mag auch der einzelne Gebildete derartige Schilderungen für übertrieben halten, es liegt in ihnen doch etwas Ursprüngliches, das seinen Widerhall im Volksempfinden findet, weil es psychologisch seine Entstehung in uralten mystischen Anschauungen vom Wesen der Geisteskrankheiten hat. Das Unheimliche, das dem Geistesgestörten anhaftet, wird auf diejenigen übertragen, die von Berufs wegen mit ihm zu tun haben. Dazu gehört aber auch der Vormund, und die durch das Geschrei von der „psychiatrischen Gefahr" erregte Stimmung der Masse wird sich auch gegen ihn wenden, vielleicht sogar in erhöhtem Maße, wenn er ein Berufsvormund für Geisteskranke ist!

Schließlich muß ich aber noch auf ein schwerwiegendes Bedenken aufmerksam machen, das ich gegen die Einführung einer Berufsvormundschaft obligatorischen Charakters habe. Wer, wie wir Privatanstaltsärzte, (leider) öfters mit Fällen analog dem Peillschen zu tun hat, der weiß, daß es einem Berufsvormund kaum möglich sein dürfte, die riesige Arbeit zu bewältigen, die ein solcher „Fall" macht! Gerade so, wie es der öffentlichen Anstalt (in die eine solche Kranke aus manchen verständlichen Gründen besser gehörte) kaum passen würde, die endlosen Korrespondenzen und Konferenzen durchzuführen, die eine solche Kranke bedingt. Abgesehen davon, daß letztere selbst unendliche Arbeit macht, die in diesen Fällen weder Arzt noch Vormund ablehnen können, ohne die Anfeindungen, die sie allerdings so wie so erfahren, ins Ungeheuerliche zu steigern. — Die Tätigkeit, die ein für diese spezielle Sache besonders interessierter Jurist als Vormund ausübt, ebenso wie das, was die Privatanstalt in solchem Falle an Entgegenkommen und Rücksichtnahme nach allen Seiten, nicht zum wenigsten derartigen schwierigen Kranken selbst gegenüber, leistet, alles das sind Momente, die im Skandalprozeß natürlich nicht gewürdigt, vielleicht sogar ins Gegenteil verkehrt werden, von denen die Beteiligten aber sagen können, und zwar mit gutem Gewissen: Wir haben hier gemeinsam und oft unter persönlichen Opfern, die keine Honorierung wett machen kann, alles getan, was geeignet war, die unvermeidlichen Härten, die Anstaltsverbringung und Entmündigung mit sich bringen, zu mildern, zum Wohl der Kranken und zur Beruhigung der Angehörigen. — Man sollte, wenn man die gewiß nicht zu leugnenden juristischen Vorzüge der Erledigung solcher „Fälle" durch öffentliche Institutionen, Landesirrenanstalt und Berufsvormundschaft, verficht, doch nicht vergessen, daß eine humanere Behandlung des Falles dadurch gewiß nicht erreicht wird!

Der österreichische Strafgesetzentwurf und die öffentlichen Heilanstalten für Geisteskranke.

Referat, im Auftrage des Salzburger Landesausschusses erstattet bei der Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Von Dr. jur. *Karl Grassberger*, Landessekretär in Salzburg.

(Fortsetzung.)

C. Bestimmungen über den Vollzug der Verwahrung.

Der Vollzug der Verwahrung wegen Gemeingefährlichkeit wird in den §§ 583 bis 606 des StPE. geregelt.

Schon aus den einschlägigen Bestimmungen des

Strafgesetzentwurfes (§§ 36, 37, 38, 243) geht hervor, daß die Verwahrungsanstalten für verbrecherische Irre (§ 36), für geistig Minderwertige (§ 37) und für Trunksüchtige (§ 243) nicht als Adnexe an die Strafanstalten und nicht als Adnexe an die Irrenanstalten gedacht sind. Für verbrecherische Irre sollen vielmehr selbständige staatliche Anstalten errichtet werden; diese Anstalten sollen Abteilungen für Trunksüchtige enthalten, in welchen (außer den trunksüchtigen verbrecherischen Irren, die nach § 36 abgegeben wurden) die auf Grund des § 243 in Verwahrung genommenen Trunksüchtigen unterzubringen sind. Die Verwahrung geistig Minderwertiger hat entweder in besonderen (staatlichen) Anstalten oder in besonderen Abteilungen der für verbrecherische Irre zu errichtenden staatlichen Anstalten zu erfolgen. Für die gemäß § 38 StGE. verwahrten gemeingefährlichen Verbrecher sind Adnexe an die Strafanstalten insofern in Aussicht genommen, als diese Personen nach der eben zitierten Gesetzesstelle entweder in einer besonderen Anstalt*) oder in einer besonderen Abteilung einer Strafanstalt angehalten werden sollen.

Die Bestimmungen der §§ 583 bis 605 des Strafprozeßentwurfes zeigen uns, wie die Verwahrten zu behandeln sind. In den Anstalten für verbrecherische Irre (die wie erwähnt auch für Trunksüchtige bestimmt sind) und für geistig Minderwertige sind die Verwahrten einer Behandlung zu unterziehen, um ihren krankhaften Zustand zu beheben oder doch zu bessern. Die Leitung des Vollzuges obliegt dem Vorsteher der Anstalt; als solcher ist ein psychiatrisch gebildeter und erfahrener Arzt zu bestellen. Die Überwachung der Anstalt steht dem Oberstaatsanwalt (und in dessen Vertretung dem Staatsanwalt) und in oberster Instanz dem Justizministerium zu. Für jede derartige Anstalt besteht eine aus dem Gerichtshofvorstande, zwei Vertrauensmännern und deren Ersatzmännern und dem Staatsanwalte gebildete Aufsichtskommission, die die Anstalt mindestens viermal im Jahre in Gegenwart des Vorstehers, und hierunter mindestens zweimal auch unter Beiziehung des Amtsarztes der politischen Behörde, zu besichtigen und über das Ergebnis ihrer Besichtigung dem Oberstaatsanwalte unter Erstattung eines Gutachtens über die Abstellung wahrgenommener Gebrechen (sofern diese nicht in Einvernehmen mit dem Staatsanwalte unmittelbar abgestellt werden können) zu berichten hat. Den verwahrten verbrecherischen Irren kann für die regelmäßige Verrichtung einer ihnen zugewiesenen Arbeit eine angemessene Vergütung gutgeschrieben werden; ebenso den verwahrten geistig Minderwertigen. Die letzteren sind zu einer ihrem Gesundheitszustande und ihren Fähigkeiten entsprechenden und ihrem Fortkommen in der Freiheit dienlichen Arbeit anzuhalten, bei der auf die Eigenart des einzelnen Verwahrten Rücksicht zu nehmen ist. Als Zuchtmittel dienen bei verbrecherischen Irren der Verweis und die Entziehung von Begünstigungen; Gewalttätige, Aufreizende, Fluchtverdächtige können der Einzelanhaltung und ähnlichen Maßregeln in dem durch den Zweck gebotenen Ausmaß unterworfen werden. Als Zuchtmittel bei geistig Minderwertigen dienen Verweis, Zuweisung einer schwereren Arbeit, Entziehungen von Begünstigungen, Versetzung in eine niedrigere Klasse, zeitweise Entziehung des warmen Frühstückes, Fasten bei Brot und Wasser, hartes Lager, Anhaltung in dunkler Zelle oder in besonders dazu bestimmten Zellen, allenfalls geschärft durch Entziehung der Arbeit — soweit diese Zuchtmittel mit dem Zustande des Verwahrten vereinbar sind. Die besonderen Bestimmungen für geistig Minderwertige sind auch dann anzuwenden, wenn dieselben in einer besonderen Abteilung einer Anstalt für verbrecherische Irre verwahrt werden. Gemeingefährliche Trunksüchtige (die nach § 243 StGE. verwahrt werden) sind bei Tag in Gemeinschaft, bei Nacht abgesondert voneinander zu verwahren. Sie können zu einer ihrem Gesundheitszustande und ihren Fähigkeiten entsprechenden und ihrem Fortkommen in der Freiheit dienlichen Arbeit angehalten werden; eine Vergütung für geleistete Arbeit wird ihnen nicht gewährt. Als Zuchtmittel dienen die bei geistig Minderwertigen zulässigen.

Die Anstalten zur Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher sind ähnlich den Strafanstalten organisiert; sie werden vom Vorsteher geleitet, vom Oberstaatsanwalt überwacht und stehen unter der obersten Leitung des Justizministers. Als Aufsichtskommission waltet die ständige Strafvollzugskommission. Die Verwahrten sind bei Nacht stets, während der arbeitsfreien Zeit nach Möglichkeit abzusondern, tragen die vorgeschriebene Kleidung und erhalten ausschließlich die vorgeschriebene Kost, sind zur Arbeit verpflichtet, deren Ertrag dem Staate zukommt, doch wird ihnen gleich den Kerkersträflingen erster Klasse eine Arbeitsprämie gutgeschrieben. Die Zuchtmittel entsprechen im großen und ganzen den bei geistig Minderwertigen zulässigen. Wird ein Verwahrter geisteskrank, so ist er für die Dauer der noch zulässigen Anhaltung in eine Anstalt für verbrecherische Irre abzugeben.

Bei allen Verwahrungsarten ist eine Unterbrechung des Vollzuges der Verwahrung unstatthaft.

Nähere Vorschriften über die Einrichtung der Verwahrungsanstalten und über die bei der Verwahrung tätigen Organe sind dem Verordnungswege vorbehalten.

D. Bestimmungen über die Kosten.

Eine wichtige Frage ist nun noch zu besprechen: Wer trägt die Kosten der Verwahrung?

---

*) Im Gegensatz zu §§ 36 und 37 heißt es im § 38 nicht „besondere staatliche Anstalt", sondern nur „besondere Anstalt". Eine tiefere Bedeutung dürfte dieser Unterschied des Wortlautes um so weniger haben, als die Verwahrung in besonderen Abteilungen der Strafanstalten vollzogen werden kann und damit indirekt gesagt ist, daß auch diese Art der Verwahrung grundsätzlich in staatlichen Anstalten zu vollziehen sei.

Wir müssen hier unterscheiden zwischen den Kosten des Verfahrens und des Vollzuges einerseits und zwischen den Baukosten andererseits.

1. Die Kosten des die **Anordnung der Verwahrung betreffenden Verfahrens und die Kosten des Vollzuges** trägt gemäß § 537 StPOE. derjenige, dessen Verwahrung als zulässig erkannt oder angeordnet wurde. Diesem fallen auch die Kosten des Entlassungsverfahrens zur Last. Wird der Verwahrungsantrag abgewiesen, so trägt der Staat die Kosten. Für die Kosten, die durch Ergreifung eines erfolglos gebliebenen Rechtsmittels herbeigeführt wurden, haftet derjenige, der das Rechtsmittel ergriffen hat. Für die Einbringung der Kosten aus dem Vermögen des Verwahrten oder aus seinem Nachlasse gelten die Bestimmungen über die Einbringung der Kosten des Strafverfahrens. Im übrigen finden die Bestimmungen der Strafprozeßordnung (§§ 380 bis 388 und 391 bis 395) über den Ersatz der Kosten des Strafverfahrens und Strafvollzuges entsprechende Anwendung; es sind also die Kosten von dem Verwahrten nur insoweit einzutreiben, als er dadurch nach dem Ermessen des Gerichtes weder an seinem Nahrungsstande gefährdet noch an der Erfüllung derjenigen Pflichten gehindert wird, welche ihm zur Leistung einer aus der strafbaren Handlung entspringenden Entschädigung oder zur Ernährung seiner Angehörigen obliegen (§ 391 StPO.). Die vom Verwahrten zu ersetzenden Kosten der Verwahrung umfassen nicht bloß die bestrittenen Auslagen für Verpflegung, sondern auch jenen Anteil an den Kosten der Bewachung und Verwaltung der Anstalt, welcher auf jeden Verwahrten entfällt; die Bemessung dieser Kosten wird durch Verordnung geregelt (§ 388 StPO.). Sind die Kosten uneinbringlich, so trägt sie — wie man wenigstens annehmen muß — der Staat. Dies ist im Gesetzentwurf zwar nirgends ausdrücklich gesagt; der Hinweis des § 537 auf die obenbezogenen Bestimmungen der Strafprozeßordnung begründet aber die Auslegung, daß die uneinbringlichen Kosten der Verwahrung der Staat zu tragen habe, genau so, wie es bei den Kosten des Strafverfahrens der Fall ist. Da der von den Kosten handelnde § 537 des StPE. ganz allgemein „die Kosten der Anordnung und des Vollzuges, wie auch die des Entlassungsverfahrens" im Auge hat und sich auf alle Arten der Sicherungsdetention, also auch auf die Verwahrung nichtgeisteskranker Verbrecher bezieht, so ist die Regelung der Kostenfrage offenbar einheitlich für alle Arten der Sicherungsdetention gedacht, und es ist daher aufliegend, daß der Staat, der selbstverständlich die uneinbringlichen Kosten des Verfahrens und der Verwahrung bei gemeingefährlichen Verbrechern trägt, auch die uneinbringlichen Kosten der Verwahrung verbrecherischer Irrer, Minderwertiger und gemeingefährlicher Trinker in staatlichen Verwahrungsanstalten zu tragen haben wird. Das Gesetz vom Jahre 1864, nach welchem die in öffentlichen Irrenanstalten erwachsenen Verpflegskosten vom Heimatlande des zahlungsunfähigen Verpflegten zu tragen bezw. zu ersetzen sind, kann auf die staatlichen Verwahrungsanstalten schon deshalb keine Anwendung finden, weil diese Verwahrungsanstalten nicht als „öffentliche Irrenanstalten" im Sinne des 1864er Gesetzes betrachtet werden können.*) Die Auslegung, daß der Staat die uneinbringlichen Kosten zu tragen habe, ist daher wohl begründet, vom Standpunkte der Länder wäre es aber höchst wünschenswert, diese Verpflichtung des Staates im Gesetze ausdrücklich festzulegen.

2. Die Baukosten trägt der Staat. Dies ergibt sich nicht nur daraus, daß die Verwahrungsanstalten staatlich sein sollen, sondern auch aus dem Artikel 54 des Einführungsgesetzentwurfes zum Strafgesetze, welcher bestimmt, daß der Aufwand für die baulichen Herstellungen, welche zur Durchführung der neuen Vorschriften über den Vollzug der Untersuchungshaft, der Freiheitsstrafen und der Verwahrung wegen Gemeingefährlichkeit notwendig sind, von Jahr zu Jahr nach Maßgabe der budgetären Mittel sicherzustellen sei.

E. Bestimmungen für die Übergangszeit (Bauzeit).

Wie man schon aus den oben besprochenen Bestimmungen ersieht, rechnet der Entwurf mit einem Übergangsstadium, und wie er sich dieses Übergangsstadium vorstellt, verrät Artikel 55 des Einführungsgesetzentwurfes. Hiernach hat der Justizminister die erforderlichen Anordnungen zu treffen, damit bis zur Vollendung der Bauten der Vollzug der Untersuchungshaft und der Freiheitsstrafen den Bestimmungen des Gesetzes gemäß erfolge, soweit es die baulichen Verhältnisse gestatten. Gemeingefährliche Geisteskranke, Trunksüchtige und geistig minderwertige Personen sollen bis zur Vollendung der Bauten in den bestehenden öffentlichen Irrenanstalten und in besonders eingerichteten Abtei-

*) Die Richtigkeit dieser Auslegung des § 537 StPE. erhellt auch daraus, daß der später zu besprechende Artikel 55 des Einf.-Ges S. es notwendig findet, für den Fall, daß während der Übergangszeit die Verwahrung Geisteskranker in öffentlichen Irrenanstalten erfolgt, über die Anwendung des Gesetzes vom Jahre 1864 eine ausdrückliche Bestimmung zu treffen. Wollte der Entwurf dieses Gesetz vom Jahre 1864 auch auf die Kosten der in staatlichen Detentionsanstalten vollzogenen Verwahrung angewendet wissen, so dürfte er die Zitierung dieses Gesetzes, die er in den Übergangsbestimmungen für nötig hält, bei den Hauptbestimmungen (etwa in § 537 StPE.) nicht für entbehrlich halten.

Der Entwurf selbst stellt den Begriff „öffentliche Irrenanstalt" in Gegensatz zum Begriffe „Anstalt für verbrecherische Irre"; vgl. § 134 StPE., wo die Ratskammer ermächtigt wird, Untersuchungshäftlinge zur Beobachtung ihres Geisteszustandes „in einer Anstalt für verbrecherische Irre oder in einer öffentlichen Irrenanstalt zu verwahren", ferner § 503, laut welchem im Vorverfahren über die Verwahrung der zu Verwahrende wegen Fluchtgefahr „in einer staatlichen Anstalt für verbrecherische Irre, oder, wenn dies nicht ausführbar ist, in einer öffentlichen oder privaten Irrenanstalt" vorläufig anzuhalten ist. Schon aus dieser Gegenüberstellung geht hervor, daß das Gesetz vom Jahre 1864 nicht auch auf die Detentionsanstalten angewendet werden kann.

lungen von Strafanstalten und gerichtlichen Gefangenhäusern verwahrt werden.

Die letztere Bestimmung macht die Hoffnungen, die der Entwurf des neuen Strafgesetzes erweckt, zum großen Teil wieder zunichte. Wenn man bedenkt, wie lange bei uns Übergangsstadien zu dauern pflegen; wie z. B. das Gesetz vom 1. April 1872 über die Einzelhaft heute, nach mehr als 40 Jahren noch nicht allgemein durchgeführt ist, weil es an den nötigen Baulichkeiten gebricht; wie die finanzielle Lage unseres Staates (trotz der im Motivenbericht geäußerten Absicht der Regierung, die Errichtung der notwendigen Bauten innerhalb 15 Jahren zu vollenden)*) nahezu mit Sicherheit erwarten läßt, daß ein nach Maßgabe der budgetären Mittel von Jahr zu Jahr sicherzustellender Bauaufwand nur ein Schneckentempo bei der Errichtung der staatlichen Verwahrungsanstalten gestatten wird — wenn man alles dies bedenkt, so fühlt man sich versucht, zu sagen: was der Strafgesetzentwurf uns gibt, das nimmt uns der Entwurf zum Einführungsgesetze wieder weg. Ja noch mehr! Der Einführungsgesetzentwurf sagt nirgends, daß die Verwendbarkeit der öffentlichen Irrenanstalten für die Zwecke der Sicherungsdetention von dem Inhalte der Statuten der Anstalt oder eines mit dem betreffenden Landes-Ausschusse abzuschließenden Übereinkommens abhänge. Es könnte deshalb die Auslegung Platz greifen, daß die öffentlichen Irrenanstalten — denen es bisher nach Maßgabe ihrer Statuten mitunter noch möglich war, die Aufnahme Krimineller abzulehnen — nunmehr durch das Reichsgesetz verpflichtet seien, gemeingefährliche Geisteskranke, Trunksüchtige und geistig minderwertige Personen auf Grund strafgerichtlichen Beschlusses zu verwahren. Die Besorgnis ist daher begründet, daß die Länder, ob sie wollen oder nicht, ihre öffentlichen Heilanstalten zur Verwahrung verbrecherischer Schwachsinniger werden hergeben müssen, bis der Staat, vielleicht nach 50 Jahren, seine Baupflicht erfüllt haben wird. Oberflächlich betrachtet, wird sich ein solcher Rechtszustand von dem gegenwärtigen nicht allzu sehr unterscheiden; denn auch dort, wo eine Anstalt nach Maßgabe ihrer Statuten heute das Recht hat, die Aufnahme Krimineller abzulehnen, wird nur ausnahmsweise von diesem Rechte Gebrauch gemacht. Sieht man aber genauer zu, so findet man bald, daß die Übergangsbestimmung des Art. 55 von den öffentlichen Irrenanstalten und von den Ländern nicht ruhig hingenommen werden kann. Schon die Tatsache, daß die Anstalten einem reinen Sicherungszwecke dienen sollen, widerspricht dem Wesen der öffentlichen Irrenanstalten. Denn die Irrenanstalten dienen in erster Linie der Fürsorge für den Kranken, dem Zwecke der ärztlichen Behandlung und der Pflege; dabei kommen sie indirekt und in zweiter Linie auch dem Schutzbedürfnisse der Gesellschaft bis zu einem gewissen Grade zustatten. Die im Strafgesetzentwurfe vorgesehene Verwahrung hingegen findet lediglich in dem Schutzbedürfnisse der Gesellschaft ihre Begründung; die Heilbehandlung des Verwahrten ist zwar vorgeschrieben, sie ist jedoch nicht der eigentliche Zweck der Verwahrung, ergibt sich vielmehr aus dem Bestreben, die Notwendigkeit der Absonderung des Verwahrten von der menschlichen Gesellschaft nach Möglichkeit wieder zu beseitigen. Die Bestimmung des Art. 55 des Einführungsgesetzes bedeutet aber auch eine Degradation der bestehenden Irrenanstalten. Sofern nämlich die Irrenanstalten auch zur Verwahrung gemeingefährlicher geistig Minderwertiger und Trunksüchtiger verwendet werden sollen, wird sich diese Verwahrung — nach den früher besprochenen Bestimmungen — an den Strafvollzug anschließen. Hierdurch werden die Irrenanstalten in der öffentlichen Meinung eine starke Einbuße erfahren; man wird sie als etwas ähnliches, wie die Zwangsarbeitsanstalten, betrachten; und wer nur irgend in der Lage ist, eine Privatirrenanstalt aufzusuchen oder seinen erkrankten Angehörigen in eine solche abzugeben, wird sich hüten, eine öffentliche Irrenanstalt in Anspruch zu nehmen. Denn welcher Sohn wird seine erkrankten Eltern, welcher Vater sein erkranktes Kind in einer Anstalt unterbringen wollen, in der nicht nur unzurechnungsfähige Verbrecher, sondern auch abgestrafte Verbrecher angehalten werden? — Und zwar aus Anlaß eben desselben Verbrechens angehalten werden, dessentwegen sie die Strafe verbüßt haben?

Wir machen uns daher keiner Übertreibung schuldig, wenn wir die Bestimmung des Art. 55 des Einführungsgesetzes als gefährlich bezeichnen.

Wenn uns dabei etwas tröstet, so ist es dies, daß nicht alle Nachteile, die wir befürchten, vom Entwurfe beabsichtigt zu sein scheinen. Der Artikel 55 trifft bezüglich der Kosten eine Bestimmung, die sich nur auf die Verwahrung geisteskranker Personen in öffentlichen Irrenanstalten bezieht. Man kann hieraus schließen, daß den Verfassern des Entwurfes als Anstalten, die für die Verwahrung geistig Minderwertiger und Trunksüchtiger während der Übergangszeit in Betracht kommen sollen, nicht die Irrenanstalten, sondern nur die Strafanstalten und gerichtlichen Gefangenhäuser vorschweben. Auch der Absatz 3 des Artikels 55, wonach der Justizminister innerhalb der Bauzeit die Anwendung der §§ 36, 37 und 243 StGB. örtlich oder zeitlich ganz oder nur für bestimmte Kategorien von Gemeingefährlichen außer Wirksamkeit setzen kann, wenn nicht alle diese Personen in öffentlichen Irrenanstalten oder Straf- und Gefangenhäusern verwahrt werden können, erweckt den Eindruck, daß man die obwaltenden Verhältnisse berücksichtigen und die Einwendungen, die die öffentlichen Irrenanstalten gegen ihre Heranziehung zu den Zwecken

*) Wie der Motivenbericht zum Einführungsgesetz (S. 47) mitteilt, haben die Ministerien der Justiz und der Finanzen die Absicht, nach Zustandekommen der Gesetze einen Plan aufzustellen, in dem die Ausführung der Bauten innerhalb eines Zeitraumes von 15 Jahren in Aussicht genommen wird.

der Sicherungsdetention erheben werden, nicht ungehört lassen will. Aber diese guten Absichten nützen uns sehr wenig, wenn sie nicht im Gesetzestexte klar zum Ausdrucke kommen. Die Länder und die öffentlichen Irrenanstalten müssen deshalb darauf dringen, daß der Artikel 55 E.-G. geändert werde. Die öffentlichen Irrenanstalten sollen während der Bauzeit von den Gerichten nicht für die nach § 37 angeordnete Verwahrung geistig Minderwertiger und nicht für die nach § 243 verfügte Verwahrung von gemeingefährlichen Trinkern, sondern nur für die Verwahrung Geisteskranker nach § 36 herangezogen werden dürfen, und auch dies bloß insoweit, als eine solche Verwendung nach Maßgabe der Statuten der Anstalt und des mit dem betreffenden Landes-Ausschusse zu schließenden Übereinkommens zulässig ist. Ein solches Übereinkommen muß schon aus dem Grunde zur Voraussetzung gemacht werden, damit für den Fall der Überfüllung der Anstalt eine Regelung getroffen werde; man wird sich in dem Übereinkommen gegen die Auffassung schützen müssen, daß die Irrenanstalt verpflichtet sei, nicht mehr anstaltsbedürftige Kranke, die aber freiwillig in der Anstaltsbehandlung bleiben, zu entlassen, um für die vom Gericht abzugebenden Kriminellen Platz zu machen.

Der Artikel 55 des Einführungsgesetzentwurfes bedarf weiter einer Änderung insofern, als seine gegenwärtige Fassung es ganz unentschieden läßt, ob für die Behandlung der zufolge strafgerichtlichen Beschlusses in öffentlichen Irrenanstalten Verwahrten und insbesondere für ihre Entlassung die Anstaltsstatuten oder die Vorschriften des Entwurfes zur Strafprozeßordnung maßgebend sein sollen. Wahrscheinlich sollen die letzteren zur Anwendung gelangen: um so gerechtfertigter ist die Forderung, daß die Verwendung der Landesirrenanstalten für die Zwecke der Sicherungsdetention von einem Übereinkommen mit der Landesverwaltung abhängig gemacht werde.

Die Länder haben auch einen finanziellen Grund, gegen die dermalige Fassung des Artikels 55 Stellung zu nehmen: der zweite Absatz ordnet nämlich an, daß die Kosten der Verwahrung geisteskranker Personen in öffentlichen Irrenanstalten (gemeint sind offenbar die vom Strafgerichte zum Zwecke der Sicherungsdetention dorthin abgegebenen Kranken) vom Staate zu vergüten seien, sofern nicht das Heimatland des Geisteskranken diese Kosten auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 R.-G.-Bl. Nr. 22 zu tragen oder zu ersetzen habe. Wie großartig klingt der Vordersatz! — Welche Hoffnungen läßt er in uns entstehen! — Schade nur, daß sie der Nachsatz sogleich wieder zerstört; denn die Bezugnahme auf das Gesetz vom Jahre 1864 bedeutet, daß in allen Fällen, in welchen während der Übergangszeit ein zahlungsunfähiger geisteskranker Inländer vom Strafgerichte zum Zwecke der Sicherungsdetention in die öffentliche Irrenanstalt abgegeben wird, der Landesfond des Heimatlandes die Kosten zu tragen haben, die Kostenzahlungspflicht des Staates aber sich lediglich auf Ausländer beschränken wird.

Man sieht also, hinsichtlich der Verpflegskosten für die vom Gerichte in eine öffentliche Irrenanstalt abgegebenen zahlungsunfähigen Inländer sollen während der Übergangszeit im Wesentlichen die allgemeinen Verpflegskostennormen zur Anwendung gelangen. Für die Länder ist dies nicht gleichgültig. Wenn der Staat nach Vollendung der staatlichen Anstalten die Kosten für die Verwahrung Gemeingefährlicher zu tragen hat, warum soll er diese Kosten nicht auch während der Bauzeit tragen? — Soll er für eine Verzögerung der Bauvollendung eine Prämie von den Ländern erhalten?

In den besprochenen Bestimmungen des Einführungsgesetzes — die obendrein lückenhaft sind, weil sie über die Kosten der Verwahrung Minderwertiger und Trunksüchtiger in öffentlichen Irrenanstalten keine Regelung treffen — liegt für die Länder und für die öffentlichen Irrenanstalten ein großer Nachteil, ja teilweise sogar eine Gefahr. Es ist bedauerlich, daß hierdurch die Freude über so manche wahrhaft begrüßenswerte Bestimmung des Strafgesetzentwurfes stark getrübt wird. Wir dürfen aber hoffen, daß es nicht allzu schwer fallen werde, die nötigen Änderungen im Artikel 55 des Einführungsgesetzes durchzusetzen.

F. Überblick.

Fassen wir das Urteil über die, die Sicherungsmaßregeln betreffenden Bestimmungen des Entwurfes zusammen, so müssen wir sowohl vom Standpunkte der Länder als vom Standpunkte der Irrenärzte die Neuerungen, die der Entwurf des neuen Strafgesetzes anstrebt, grundsätzlich als einen wesentlichen Fortschritt anerkennen. Die beabsichtigten Neuerungen reichen zwar weder aus, das Schutzbedürfnis der Gesellschaft zu befriedigen noch genügen sie, die öffentlichen Irrenanstalten von den Kriminellen zu befreien; immerhin bilden sie eine so wesentliche Verbesserung des bestehenden Zustandes, und lassen sie einen so günstigen Verlauf der ferneren Rechtsentwicklung erhoffen, daß die Länder und die Irrenärzte alle Ursache haben, die Gesetzwerdung dieses Teiles des Entwurfes in jeder Weise zu fördern.

Um die Verdienste des Entwurfes richtig zu würdigen, muß man die so tief einschneidende Veränderung des bisherigen Rechtszustandes in Betracht ziehen, die die Einführung der Sicherungsmittel mit sich bringt, und man wird dann die große Vorsicht, mit der der Entwurf zu Werke geht, begreifen. Die Kautelen, mit denen der Entwurf die Sicherungsmittel umgibt, mögen in manchen Punkten zu weit gehen; sie lassen sich rechtfertigen von dem Gesichtspunkte aus, daß die Verwahrung ein viel tieferer Eingriff in die Frei-

heit der Person ist, als die Strafe. Bedenklich ist eigentlich nur die Aufstellung der allzu formellen Voraussetzung, daß der zu Verwahrende eine mit mehr als sechs Monaten bedrohte Tat begangen haben müsse;*) zweifelhaft ist es, ob es zweckmäßig ist, die Anwendbarkeit der §§ 36 und 37 StGE. davon abhängig zu machen, daß die Zurechnungsunfähigkeit oder die verminderte Zurechnungsfähigkeit *schon zur Zeit der Tat* vorhanden war, *vermißt* wird das Wirtshausverbot, dessen Undurchführbarkeit in größeren Städten doch keinen triftigen Grund bildet, auf seine Vorteile auch in kleineren Orten zu verzichten. *Wünschenswert* wäre es schließlich, analog dem bedingten Strafnachlaß (§ 51) auch eine *bedingte Verhängung der Sicherungsdetention* in Aussicht zu nehmen, wie ja auch die bedingte Entlassung sowohl für den Strafvollzug als für den Vollzug der Verwahrung vorgesehen ist. Eine solche bedingte Verhängung der Verwahrung könnte unbedenklich auch gegen den Verüber einer mit weniger als sechs Monaten bedrohten Tat ausgesprochen werden.

Allein alle diese Einwendungen dürfen uns nicht hindern, *die Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes über die Verwahrung Gemeingefährlicher freudig zu begrüßen.* Die Verantwortung der Gerichte wird durch diese Bestimmungen zwar außerordentlich erhöht werden; das Verfahren wird ungleich tiefer schürfen müssen, als bisher, da man sich, wo die Zurechnungsfähigkeit zweifelhaft war, für die Annahme der Zurechnungsunfähigkeit als die dem Angeklagten günstigere Ansicht mit leichterem Herzen zu entscheiden pflegte, als man es künftig wird verantworten können; aber wir dürfen nicht zweifeln, daß die Gerichte sich dieser Verantwortung bewußt sein werden.

Dagegen erweckt der Inhalt *des Artikel 55 des Einführungsgesetzes*, soweit er sich auf die Verwendung der öffentlichen Irrenanstalten zur Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker, Minderwertiger und Trunksüchtiger bezieht, *ernste Bedenken*, die Änderung dieser Bestimmungen muß daher mit Entschiedenheit gefordert und im Interesse der Sache, im finanziellen Interesse der Länder und im Interesse der öffentlichen Irrenpflege der Antrag gestellt werden, *daß für die rechtzeitige Errichtung der im Strafgesetzentwurfe vorgesehenen staatlichen Anstalten im Gesetze selbst entsprechend Vorsorge getroffen und daß dem Einführungsgesetze eine Fassung gegeben werde, die das hält, was der Strafgesetzentwurf verspricht.*

II.

Die Verwahrung von Untersuchungshäftlingen in öffentlichen Irrenanstalten.

Eine weitere Bestimmung, die für die öffentlichen Irrenanstalten von Interesse ist, enthalten die Absätze 3 und 4 des § 134 des Entwurfes zur Strafprozeßnovelle. Hiernach kann nämlich die Ratskammer anordnen, daß ein Untersuchungshäftling zum Zwecke der Beobachtung seines Geisteszustandes an das *Gefangenhaus eines anderen Gerichtshofes* desselben Oberlandesgerichtssprengels abgegeben oder in einer *Anstalt für verbrecherische* Irre oder in einer *öffentlichen Irrenanstalt* oder Beobachtungsabteilung verwahrt werde. Die Ratskammer ist ferner berechtigt, die Abgabe eines auf freiem Fuße befindlichen Beschuldigten in eine öffentliche Irrenanstalt oder Beobachtungsabteilung auf die Dauer von sechs Wochen zum Zwecke der Beobachtung seines Geisteszustandes anzuordnen, wenn diese sich auf andere Weise nicht mit Sicherheit vornehmen läßt.

Was die Kosten einer solchen Verwahrung betrifft, so ist die richtige Ansicht wohl die, daß diese Kosten, so wie es bisher gehalten wurde, auch fürderhin als Kosten des Strafverfahrens zu behandeln und demgemäß der Anstalt vom Staate zu ersetzen sein werden. Die Praxis könnte an dieser richtigen Auffassung allerdings durch den Wortlaut des bereits besprochenen Art. 55 des Einführungsgesetzes irre werden, wo es heißt: „Die Kosten der Verwahrung geisteskranker Personen in öffentlichen Irrenanstalten sind vom Staate zu vergüten, sofern nicht das Heimatland des Geisteskranken diese Kosten auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 R.-G.-Bl. Nr. 22 zu tragen oder zu ersetzen hat". Aus dem Zusammenhange mit dem übrigen Inhalte des Art. 55 geht aber hervor, daß diese Bestimmung nur die Fälle betrifft, in welchen während der Übergangszeit die öffentlichen Irrenanstalten statt der staatlichen Verwahrungsanstalten

---

*) Man muß zwar anerkennen, daß das Bedenkliche dieser Vorschrift durch die Bestimmung des § 63 StGE. über den Rückfall und durch die im besonderen Teile des Strafgesetzentwurfes festgesetzten Strafsätze wesentlich gemildert wird; so sind z. B kleinere Diebstähle, Veruntreuungen, Unterschlagungen, Betrugshandlungen, Körperverletzungen *bei wiederholtem Rückfall* mit mehr als sechsmonatlicher Freiheitsstrafe bedroht, und wiederholter Rückfall liegt gemäß § 63 vor, wenn der Täter bereits zwei Strafen wegen strafbarer Handlungen, *die auf derselben Neigung beruhen*, verbüßt hat und vor Ablauf von 5 Jahren seit dem Vollzuge der zweiten Strafe neuerlich eine solche Handlung begeht. Doch ist diese strengere Bedrohung des wiederholten Rückfalles unwirksam, wenn der Täter wegen der mehreren früher begangenen Delikte keine oder nur *eine* Strafe verbüßt hat, oder wenn er wegen seiner Zurechnungsunfähigkeit für die früher begangenen Delikte nicht bestraft werden *konnte*; überhaupt wird es bei *Geisteskranken* nicht angehen, die Voraussetzung, daß der zu Verwahrende eine strenger als mit 6 Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen habe, als vorhanden anzunehmen, wenn die begangene Rechtsverletzung sich nur durch den Rückfall als eine solche strenger verpönte Tat qualifiziert; denn für die Beurteilung der Tat eines unzurechnungsfähigen Geisteskranken kann ein so subjektives Moment, wie es der Rückfall ist, nicht in Betracht kommen. — Die *Landstreicherei*, das typische Delikt der Minderwertigen, wird im § 397 StGE (unter dem Titel „Arbeitsscheu") selbst bei wiederholtem Rückfall nur mit einer Höchststrafe von 6 Monaten bedroht, kann also für sich allein niemals den Anlaß zu einer Verwahrung nach § 37 StGE. bilden; gemäß Artikel 18 Punkt 3 des Einführungsgesetzentwurfes genügt jedoch der einmalige Rückfall in dieses Delikt für die Abgabe in eine *Zwangsarbeitsanstalt*, woselbst der Täter höchstens 5 Jahre angehalten werden kann. Landstreicher werden daher öfter in Zwangsarbeitsanstalten angehalten werden, als in Anstalten für geistig Minderwertige, in welch' letztere die meisten von ihnen gehören würden.

für die Verwahrung Gemeingefährlicher verwendet werden. Da aber der allgemein gehaltene Wortlaut zu Mißverständnissen in einer den Ländern ungünstigen Richtung Anlaß geben könnte, so sollte er durch eine genauere Textierung ersetzt werden, vorausgesetzt, daß der Abs. 2 des Art. 55 nicht auch inhaltlich im Sinne der früher (unter I.) geäußerten Wünsche einer durchgreifenden Änderung unterzogen wird.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhange auch der § 503 des Entwurfes zur Strafprozeßnovelle. Dieser Paragraph behandelt den Fall, daß der Täter, bei dem die Voraussetzungen der Verwahrung nach § 36 vorliegen, nicht angeklagt wird, sondern daß der Staatsanwalt ohne Erhebung einer Anklage die Verwahrung beantragt.

Auf Antrag des Staatsanwaltes ist der Kranke in vorläufige Verwahrung zu nehmen, wenn aus triftigen Gründen zu besorgen ist, daß der Kranke sich den Erhebungen durch die Flucht entziehen oder andere Personen gefährden werde. Der Kranke wird in einer staatlichen Anstalt für verbrecherische Irre, oder, wenn dies nicht ausführbar ist, in einer öffentlichen oder privaten Irrenanstalt oder Pflegeanstalt vorläufig verwahrt.

(Schluß folgt)

Zuziehung des Psychiaters im Verfahren gegen Jugendliche.

Von Landesassessor Dr. jur. *Goese*-Berlin.

Dem Bundesrat ist vor kurzem ein Gesetzentwurf über das Verfahren gegen Jugendliche zugegangen. Mit der Vorlegung dieses Entwurfes hat das Reichsjustizamt dem in der Öffentlichkeit allseitig als notwendig bezeichneten Bedürfnis, nachdem leider die Strafprozeßreform gescheitert und auf unbestimmte Zeit vertagt worden ist, wenigstens die strafprozessualen Bestimmungen für Jugendliche vorab zu regeln, Rechnung getragen. Über den Inhalt dieses aus 15 Paragraphen bestehenden Entwurfes sei nur kurz mitgeteilt, daß eine einheitliche Regelung des Verfahrens in Strafsachen gegen Jugendliche, d. h. noch nicht 18 Jahre alte Personen, beabsichtigt ist. Es sollen für Strafsachen gegen solche von der Landesjustizverwaltung, soweit ein Bedürfnis besteht, bei den Amtsgerichten besondere Abteilungen (Jugendgerichte) gebildet werden. Zu Schöffen bei den Jugendgerichten sind Personen zu berufen, die in der Jugenderziehung besonders erfahren sind. Öffentliche Klage soll gegen einen Jugendlichen nicht erhoben werden, wenn Erziehungs- und Besserungsmaßregeln einer Bestrafung vorzuziehen sind. Dabei sind namentlich die Beschaffenheit der Tat sowie der Charakter und die bisherige Führung des Jugendlichen zu berücksichtigen. Wird öffentliche Klage nicht erhoben oder wird das Verfahren eingestellt, so ist die Sache an die Vormundschaftsbehörde abzugeben. Erachtet diese den Jugendlichen für schuldig, so hat sie ihn entweder zu vermahnen oder der Zucht des gesetzlichen Vertreters oder der Schulbehörde zu überantworten oder sie hat auf Grund der reichsgesetzlichen oder landesgesetzlichen Vorschriften die Fürsorge-Zwangserziehung anzuordnen oder, wenn der Jugendliche schon unter Fürsorgeerziehung steht, ihn der Zucht der Erziehungsbehörde zu übergeben. Auch kann die Vormundschaftsbehörde ihn zunächst für eine bestimmte Zeit unter die Aufsicht eines Fürsorgers stellen, zu welchem Personen zu wählen sind, die in der Jugenderziehung besonders erfahren sind, auch Frauen. Dann folgen Vorschriften über die Bestellung eines Verteidigers oder Beistandes in der Hauptverhandlung. Die Untersuchungshaft gegen Jugendliche wird nicht vollzogen, wenn sie durch andere Maßnahmen, insbesondere durch vorläufige Unterbringung in einer Erziehungsanstalt ersetzt werden kann. Jugendliche, die in Untersuchungshaft genommen werden, sollen in einem Raume mit erwachsenen Gefangenen nur vorübergehend und nur dann untergebracht werden, wenn es ihr körperlicher oder geistiger Zustand erfordert.

Es soll hier nicht auf das Für und Wider der einen oder anderen Bestimmung näher eingegangen werden, da solche Erörterungen über den Rahmen dieser Zeitschrift hinausgehen dürften. Es erscheint jedoch zweckmäßig, gerade an dieser Stelle einmal die Frage zu besprechen, ob nicht die obligatorische Anhörung des Arztes, spez. des Psychiaters in diesem Verfahren gegen Jugendliche als wünschenswert zu bezeichnen ist.

Schon bei den Beratungen über das Fürsorgeerziehungsgesetz wurde von verschiedenen Seiten der Wunsch ausgesprochen, unter die im § 4 Abs. 2 FEG. genannten Personen, die vor der Anordnung der Fürsorgeerziehung vom Vormundschaftsrichter zu hören sind, auch den Arzt aufzunehmen. Das Gesetz hat jedoch diesen Wünschen nicht Rechnung getragen, was vielfach als ein schwerer Fehler bezeichnet worden ist; wohl aber hat die Entwicklung der Dinge dazu geführt, daß den Gerichten nachträglich im Wege der Verordnung die Anhörung

des Arztes empfohlen wurde, ohne daß damit allerdings ein nennenswerter Erfolg erzielt worden ist. Zunächst wurde durch die Allg. Verf. des Preuß. Justizministers vom 24. Juni 1909 den Vormundschaftsgerichten zur Pflicht gemacht, die Vorermittelungen auch auf die Frage auszudehnen, inwieweit die Annahme begründet sei, daß es sich um einen körperlich oder geistig nicht vollwertigen Minderjährigen handele. Diese Verfügung mußte im allgemeinen ohne Wirkung bleiben hauptsächlich deshalb, weil die Übernahme etwaiger Kosten der Untersuchung auf die Staatskasse von vornherein als nicht angängig bezeichnet wurde. Nur dem Umstande, daß die zur Unterbringung der Fürsorgezöglinge nach dem Gesetz berufenen Provinzialverwaltungen ein Interesse an der tunlichst frühzeitigen Feststellung einer etwaigen geistigen Minderwertigkeit der Zöglinge haben, um danach von vornherein die richtige Erziehungsstelle auswählen zu können, war es zu verdanken, daß diese Erschwernis aus dem Wege geräumt wurde, indem sich nämlich die Provinzialverwaltungen zur Übernahme der Kosten — soweit nicht die Untersuchung zur Beschlußfassung selbst etwa nötig war — bereit erklärten.

Der Justizminister hat daraufhin durch Verf. vom 9. Januar 1911 die Gerichte von neuem mit entsprechender Anweisung versehen. Aber auch das hat irgendwie nennenswerte Ergebnisse nicht gezeitigt, vielmehr geben die Beschlüsse nur in den wenigsten Fällen einen greifbaren Anhalt nach dieser Richtung hin. Ausnahmen bestehen natürlich, so beispielsweise bei den Jugendgerichten in Frankfurt a. M. und Berlin-Mitte, bei welch' letzterem nach einer Mitteilung des Amtsgerichtsrats Dr. Köhne-Berlin seit vier Jahren etwa vier Fünftel aller in Strafuntersuchung befindlichen bezw. angeklagten Jugendlichen psychiatrisch untersucht werden. Diese Untersuchungen erfolgen als vormundschaftsrichterliche Maßnahme, ohne daß ein Zwang ausgeübt würde; sie geschehen kostenlos durch sich freiwillig zur Verfügung stellende Ärzte bei allen Beschuldigten, die der Aufforderung entsprechen (vgl. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen usw., 25. Juni 1911 und 25. Dez. 1912). Wie gesagt, sind dies aber leider nur Ausnahmen, während im allgemeinen eine Untersuchung der Minderjährigen, bezüglich deren das Fürsorgeerziehungsverfahren schwebt, nicht stattfindet. Daß aber unter den Zöglingen ein enormer Prozentsatz geistig nicht vollwertiger Menschen sich befindet, das haben die von den Provinzialverwaltungen vorgenommenen psychiatrischen Untersuchungen unzweifelhaft dargetan. Ich darf in dieser Hinsicht auf meine Ausführungen im Preuß. Verw.-Blatt, Jahrg. XXXIII, Nr. 46, S. 761 ff. verweisen.

Nun kommt ein neues Gesetz über das Verfahren gegen Jugendliche und ich sollte meinen, daß es nun unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen an der Zeit wäre, die Frage erneut zu stellen, ob nicht für dieses Verfahren die Anhörung des Psychiaters als ein unumgängliches Postulat aufzustellen wäre. Soweit hier auf Erziehungs- oder Besserungsmaßregeln erkannt werden wird, wird man mit Rücksicht auf die von den Provinzialverwaltungen eingerichteten psychiatrischen Untersuchungen der Zöglinge und die mannigfachen für sie geschaffenen unter ärztlicher Aufsicht stehenden Sonderanstalten eine vorherige Anhörung des Arztes als nicht durchaus erforderlich ansehen dürfen. Aber die Fürsorgeerziehung ist nur eine unter den mancherlei dem Vormundschaftsrichter zu Gebote stehenden Maßregeln, und vor allem hängt ja gerade die Entscheidung darüber, ob öffentliche Klage erhoben werden soll oder nicht, von der Beschaffenheit der Tat sowie dem Charakter und der bisherigen Führung des Minderjährigen ab. Geht mithin das Gesetz oder vielmehr der Gesetzentwurf selbst von der zweifellos richtigen Erwägung aus, nicht ohne weiteres zu strafen, sondern die Entscheidung abhängig zu machen von der richtigen Beurteilung der Tat und des Jugendlichen selbst, so fragt es sich doch, ob eine zutreffende Entscheidung in diesem Sinne von dem Jugendrichter und seinen Schöffen, auch wenn sie noch so viel Erfahrung in der Jugenderziehung besitzen, allein wird getroffen werden können. Und diese Frage glaube ich, ohne damit den Richtern und Schöffen zu nahe zu treten, verneinen zu dürfen; denn wohlgemerkt habe ich hier in erster Linie nicht die Fälle einer augenscheinlichen schweren geistigen Erkrankung des Minderjährigen im Auge, in denen der Richter wohl ohne weiteres zur Anhörung eines Psychiaters schreiten wird und muß, sondern diejenigen, die die Mittelstufe zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit darstellen, die auf der Grenze zwischen normaler und anormaler psychischer Beschaffenheit stehen. Es sind dies, worauf auch Köhne (a. a. O.) hinweist, die leicht Schwachsinnigen, die leicht Hysterischen, die psychopathischen Konstitutionen usw. Und mindestens die Hälfte aller verwahrlosten Kinder und Jugendlichen ist psychopathisch. „Wenn ich sie", so schreibt der bekannte Jugendrichter Landsberg-Lennep im Zentralblatt f. Vormundschaftswesen vom 10. April 1911, „vor meinem geistigen Auge vorüberziehen lasse, alle die Knaben und Mädchen, an denen wir uns ver-

geblich mühten, — war eines von ihnen normal? Wie anders, wenn man den psychopathischen Charakter gleich erkannt und entsprechend behandelt hätte!" Sicherlich bedürfen, um das vorweg zu nehmen, solche Fälle einer besonderen Behandlung; „beläßt man diese Jugendlichen", so sagt Köhne, „in den äußeren Lebensverhältnissen, in denen sie den ersten Schritt zum Verbrecher getan haben, so ist es ganz zweifellos, daß sie später geisteskrank oder zu Gewohnheitsverbrechern werden. Hier bedarf es durchaus des ärztlichen Rates, wie weiter mit ihnen zu verfahren ist, ob sie einen Berufswechsel vorzunehmen haben, ob sie auf das Land zu verpflanzen sind, ob sie der Anstaltserziehung bedürfen u. dgl. mehr. Häufig ergibt sich auch, daß rein körperliche Leiden die Gefahr geistiger Erkrankungen nach sich ziehen." Wird hier von seiten bekannter Jugendrichter selbst für alle diese Fälle die Zuziehung eines Arztes als durchaus erforderlich bezeichnet, so glaube ich das Einverständnis der Ärzte, speziell der Psychiater zu haben, wenn ich sage: zum mindesten ebenso schwer, wie die Entscheidung darüber, was mit einem solchen Kinde zu geschehen hat, ist die Beantwortung der Vorfrage, ob der Minderjährige ein leicht Schwachsinniger, ein leicht Hysterischer oder ein Psychopath ist. Diese Frage können Richter und Schöffen nicht beurteilen; Anhaltspunkte mögen wohl die einen oder anderen Geschehnisse im Vorleben des Jugendlichen bieten, sie sind jedoch nur mit Vorsicht zu verwenden und deshalb meine ich, es wäre gut, wenn der Arzt stets gehört würde.

Seine Aufgabe wird also eine doppelte sein: einmal grundsätzlich festzustellen, ob der Minderjährige geistig vollwertig ist oder nicht, und zweitens in Fällen der letzteren Art zu sagen, welche Behandlung oder Unterbringung am empfehlenswertesten sein dürfte. Damit berühren wir die weitere Frage, in welcher Stellung nämlich der Arzt im Jugendgerichtsverfahren am zweckdienlichsten seine Aufgabe wird erfüllen können. So viele Momente in gewisser Weise auch darauf hindeuten mögen, so würde ich es doch nicht für richtig halten, ihm Sitz und Stimme im Jugendgericht zu geben — etwa als Schöffe. Eine dahingehende Forderung ist verschiedentlich aufgestellt, nicht nur von Ärzten, sondern auch von Richtern. Landsberg-Lennep wünscht beispielsweise — wenn auch scheinbar nur bei Anordnung der Fürsorgeerziehung — ein Fürsorgekollegium, in dem mit entscheidender Stimme tätig sein sollen: der Jugend-Vormundschaftsrichter, ein psychiatrisch gebildeter Arzt und zum mindesten ein Pädagoge (siehe Zentralblatt a. a. O.). Der Arzt ist jedoch in erster Linie Sachverständiger und deshalb muß er auf die Gewinnung und Gestaltung des Richterspruches ohne direkten Einfluß sein. Schultze (Die jugendlichen Verbrecher im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht, Wiesbaden 1910) will sogar in der Einräumung einer solchen direkten Einwirkung, wie sie dem Psychiater als Schöffe möglich wäre, geradezu eine Verkennung der Stellung des Sachverständigen vor Gericht erblicken.

Nun noch kurz zwei Punkte: die Kostenfrage. M. E. kann dieser trotz der voraussichtlichen Höhe der entstehenden Kosten bei der unendlichen Wichtigkeit der Sache ausschlaggebendes Gewicht nicht beigemessen werden. Dagegen könnte es vielleicht zweifelhaft sein, ob aller Orten geeignete Sachverständige zu finden sein werden. Darüber möchte ich mich eines Urteils enthalten, glaube aber, daß unter Zuhilfenahme der Kreisärzte, Anstaltsärzte der überall im Lande verteilten öffentlichen und privaten Irrenanstalten usw. auch die etwa nach dieser Richtung hin bestehenden Schwierigkeiten wohl behoben werden könnten. Eine besondere psychiatrische Vorbildung muß aber der vom Jugendgericht zu hörende Arzt unter allen Umständen haben!

Alles in allem würde es danach m. E. zu begrüßen sein, wenn der Gesetzentwurf die Anhörung des Psychiaters im Verfahren gegen Jugendliche vorschriebe. Wenn ein Staatsanwalt dem widerspricht mit der Begründung: „Die moderne Psychiatrie, deren täppische Art am besten beweist, wie sehr sie noch in den Kinderschuhen steckt, ist so gründlich, daß sie schon ein angewachsenes Ohrläppchen oder einen Papa, der gern über den Durst trinkt, oder einen Großpapa, der das perpetuum mobile hat erfinden wollen, als Indizien für eine ‚erbliche Belastung' oder eine ‚psychopathische Minderwertigkeit' des jugendlichen Angeklagten erklärt," der es deshalb „für eine Gefahr hält, wenn man, wie dies bei einigen Jugendgerichten tatsächlich gehandhabt werde, jeden Jugendlichen, der einen Hut voll Kirschen gestohlen hat, auf seinen Geisteszustand untersuchen läßt" (vergl. Zentralblatt f. Vormundschaftswesen 10. November 1912), so glaube ich, daß diese, wie Köhne (a. a. O.) sagt, nicht nur in der Form anfechtbaren, sondern auch sachlich völlig unrichtigen Ausführungen allzuviel Gegenliebe auch auf seiten der Anklagebehörden kaum finden dürften.

Mitteilungen.

— **Die XXXVIII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird in diesem Jahre am 24. und 25. Mai in Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden. Wir bitten Vorträge recht bald, spätestens bis zum 14. Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen.

Schultze-Bonn. Laquer-Frankfurt a. M.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Düren.** Direktor Sanitätsrat Dr. Fabricius zum Geheimen Sanitätsrat ernannt.

— **Galkhausen b. Langenfeld.** Direktor Dr. Herting zum Sanitätsrat ernannt.

— **Prov. Hessen.** Der Abteilungsarzt auf Probe an der Landesheilanstalt Marburg, Dr. med. Weyland, wurde endgültig als Abteilungsarzt für die Irrenanstalten des Bezirksverbandes ernannt. Dem Direktor des Landeshospitals Merxhausen, Dr. Schedtler, wurde der Charakter als Sanitätsrat verliehen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma

KALLE & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich

betr. **„Dormiol"**

bei, den wir der Beachtung unseren verehrter Leser besonders empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 47. 22. Februar **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Aus den Kückenmühler Anstalten zu Stettin. (Chefarzt Dr. Schnitzer.)

Erfahrungen mit Ureabromin bei Epileptikern.

Von Dr. *G. Mangelsdorf.*

Unter den zahllosen, von der chemischen Industrie auf den Markt gebrachten neueren Arzneimitteln ist, die Roborantien etwa ausgenommen, wohl keine Gruppe so stark vertreten wie die der Nervina im weiteren Sinne. Sind es hier auch naturgemäß in erster Linie diejenigen Mittel, die zur Behandlung der modernsten Nervenaffektionen, der Neurasthenie und verwandter Formen, bestimmt sind, so ist doch auch die Zahl derer nicht gering, die, gerade in allerletzter Zeit, der Bekämpfung der bereits in den ältesten historischen Dokumenten erwähnten großen Neurose, der Epilepsie dienen; besonders das Brom, das in diesem Jahre sein 60jähriges Jubiläum als souveränes Antiepileptikum feiern kann, ist bezüglich seiner chemischen Neufassung Gegenstand vieler Arbeit im Anstalts- und Fabriklaboratorium gewesen.

Es ist sicher, daß die Möglichkeit einer ausgiebigen Abwechselung an sich in der Behandlung der Epilepsie mit inneren Medikamenten vielleicht nicht in solchem Grade notwendig ist wie etwa auf dem Gebiete der Behandlung der Schlaflosigkeit, wenn auch eine gewisse Bewegungsfreiheit gegenüber dem früher fast allein zur Verfügung stehenden Bromalkali sehr erfreulich ist; allein die allbekannten Nachteile und Schäden des letzteren nötigen ja in manchen Fällen zum Verabreichen anderer Verbindungen, ohne daß das Brom dabei entbehrt werden könnte. Und wenn auch auf dem Gebiet der Bromtherapie, z. T. gerade infolge der Erfahrungen mit neueren und organischen Präparaten, die Überzeugung erwachte, daß nicht ausschließlich das Brom an sich es ist, das die als Bromismus und Bromintoxikation bekannten Schädigungen hervorruft, sondern daß die chemische, vielleicht sogar die mechanische Form, in der es dem Kreislauf zur Resorption dargeboten wird, sehr viel hierbei mitspricht — eine Anschauung, welche durch die dieser Arbeit zugrunde liegenden Erfahrungen nur gestärkt werden kann —, so bleiben doch noch genug Fragen offen, deren Beantwortung im Interesse einer rationellen Bromisierung des epileptischen Organismus dringend zu wünschen ist. Ich denke besonders an das schon von einigen Seiten in Angriff genommene Studium der verschiedenartigen Verteilung des Broms im Körper bei Einnahme der verschiedenen Brompräparate, nachdem die der Bromipineinführung zugrunde liegenden theoretischen Erwägungen sich als unzutreffend erwiesen haben, sowie an die, wie hier vorläufig erwähnt sei, auch in unserer Anstalt bestätigt gefundene interessante Tatsache, daß verschiedene auf Bromkalilösung mit starker Hautaffektion reagierende Kranke auf Darreichung der gleichen Mengen des gleichen Salzes, in Gelatoidkapseln eingeschlossen, also der Magenverdauung und -resorption entzogen, ihre Akneeruptionen ebenso prompt verloren als bei Ersatz des Alkalis durch komplizierte und organische Brompräparate. Auch die Frage erscheint noch klärungsbedürftig: muß es zu einer erheblichen Verdrängung des Chlors im Körper durch Brom mit Anhäufung des letzteren kommen — wie Hoppe fand, tritt eine genügende therapeutische Bromwirkung erst ein, wenn $^1/_3$ bis $^2/_5$ des Magensaftchlors durch Brom ersetzt ist —, oder kann man bei rasch zur Ausscheidung gelangenden event. stärker diuretisch wirkenden Mitteln mit vorzugsweise zirkulierendem Brom auskommen, resp. mit welchen Mitteln läßt

sich im allgemeinen ein die toxischen Bromnebenwirkungen vermeidendes und zugleich therapeutisch möglichst günstiges Kompromiß dieser beiden Faktoren erreichen?

Ein im Verhältnis zu anderen komplexen Bromverbindungen diesem Ziele relativ nahe kommendes Präparat scheint nach den physiologischen Untersuchungen der Hersteller Fischer und Hoppe*) das Ureabromin zu sein, das sich auch nach den praktischen Versuchen derselben Autoren sowie denen Jachs**) und Böhmigs***) als guter Bromkaliersatz erwies — Erfahrungen, die wir nach $^3/_4$jähriger Anwendung in unserer Anstalt bestätigen können. Ich möchte nicht unterlassen hier zu betonen, was schon von anderen Seiten hervorgehoben ist, daß wenigstens von den bisher konstruierten komplizierten Bromverbindungen wohl keine die einfachen Leichtmetallsalze in erheblichem Maße verdrängen wird, für einigermaßen stärker mit Epileptikern belegte Anstalten schon der auf das 20—50fache und höher steigenden Kosten wegen. Ein genereller Ersatz für das Bromkali resp. -natrium dürfte aber auch gar nicht notwendig sein, da die früher stark befürchtete Herzwirkung des ersteren für die allermeisten Fälle sicher nur eine ganz irrelevante ist und auch die übrigen Nebenwirkungen bei sorgfältig nuanzierter Dosierung bei dem Gros der Kranken durchaus unerheblich bleiben. Ich glaube vielmehr nicht zu niedrig zu greifen, wenn ich die Zahl derjenigen Epileptiker unter dem durchschnittlichen Anstaltsmaterial, für die ein nennenswertes Bedürfnis nach einem Bromkaliersatz vorliegt, auf 5 bis höchstens 10% einschätze. Auf unserer ca. 380 Epileptiker umfassenden Abteilung finden sich jedenfalls Kranke dieser Art nicht allzu zahlreich, und so sind für die zahlreichen therapeutischen Versuche mit neueren Mitteln, die bei uns in den letzten Jahren angestellt wurden, zum Teil immer wieder dieselben Kranken verwandt worden; was ja für die Beurteilung des einzelnen Mittels und die Vergleichung mit der Wirkung anderer nur von Vorteil sein kann.

Nach der Vorschrift von Hoppe soll, um eine Anhäufung des Ca-Gehaltes des Blutes — Ureabromin ist Bromkalziumharnstoff mit 36% Brom und 9% Ca — über das Normalmaß und damit eine ebenso wie bei Unter-Ca-Gehalt eintretende Übererregbarkeit der Muskulatur zu verhüten, die Darreichung des Mittels für eine Zeitlang ausgesetzt und durch Bromalkali ersetzt werden. Nach unseren Erfahrungen zeigt sich diese Erscheinung, wenigstens bei erwachsenen Epileptikern, nicht regelmäßig; wir konnten, trotzdem wir etwa in der Hälfte der Fälle, die im Ganzen etwa 20 betrugen, auch nach Ablauf dieser Frist das Mittel versuchsweise bis zu 8monatlicher Dauer weiter nehmen ließen, nur bei einzelnen derselben ein Nachlassen der Wirkung, d. h. ein Ansteigen der Anfallzahl konstatieren, z. T. nach der genannten Zeit, z. T. erst geraum später, bis zu 7 anfallsfrei verlaufenen Monaten. Ein Fall (leicht, monatlich 1—2 Anfälle, psychisch fast intakt) zeigte eine geringe, vielleicht zufällige Steigerung der Anfälle, aber von der 6. Woche an rasch zunehmend Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit und Unbehagen und sonst völlig fehlende Reizbarkeit, auf der anderen Seite Zurückgehen der an sich mäßigen Bromakne und zugleich geringere Sekretion und Tendenz zur Epithelisierung einer alten ständig sezernierenden Coccygealfistel, von einer kleinen kariösen Stelle ausgehend. Bei einem Mädchen sahen wir uns genötigt, nach knapp 4 Wochen wieder Bromkali zu geben, da neben den genannten hier viel stärker auftretenden subjektiven Beschwerden auch die Zahl der Anfälle bedenklich stieg; auf Bromkali sank sie rasch auf die Durchschnittszahl. Doch auch das Gegenteil zeigte sich in 2 Fällen, ein Zurückgehen der anfangs gegen die vorhergehende Bromkaliperiode gesteigerten oder nicht verringerten Anfallzahl nach 4—6 Wochen, welches längere Zeit anhielt und in dem einen Fall sich monatelang unter der Hälfte des vorherigen Monatsdurchschnittes hielt. Selbstverständlich kann solchen einzelnen Fällen keine erhebliche Beweiskraft für bestimmte therapeutische Tendenzen eines neuen Mittels zugemessen werden, da ja in der Epilepsie nicht selten die seltsamsten Wandlungen bei ein und demselben therapeutischen Regime zustande kommen, einzelne Epileptiker ja auch auf Bromkali mit Vermehrung ihrer Anfälle reagieren; doch kann man wohl unangefochten daraus folgern, daß die Kumulation des Ca in ihren Wirkungen, vielleicht auch an und für sich, nicht geringen individuellen Schwankungen unterworfen ist.

Im übrigen, d. h. bei $^3/_4$ der behandelten Kranken, war eine Änderung in Zahl und Qualität der Krampfanfälle nicht zu konstatieren, bis auf einen Kranken, dessen Verhalten besonderes Interesse verdient. Der sehr kräftige 25jährige Mann, der seit Jahren ziemlich ausgesprochenen Serientyp in seinen Anfällen aufwies, hatte seiner sehr heftigen Akne wegen seit Herbst 1910 Valisan, Neuronal, Adalin und Zebromal in Abwechselung mit Bromkali und -natrium

*) Berliner Klin. Wochenschr. 1911, Nr. 41.

**) Therapie der Gegenwart, Oktober 1912.

***) Diese Zeitschrift XIII Nr. 47 (17. II. 1912).

erhalten, meist mit dem Resultat, daß nach mehr oder minder langem Gebrauch der Ersatzmittel sich tagelang dauernde Serien schwerer Anfälle einstellten, die zur Rückkehr zum Alkali, von erneuter Akneeruption prompt gefolgt, zwangen. Nach der 14. Ureabrominwoche etwa zeigte sich dieselbe Erscheinung, die auf KBr prompt wich; nach 14 Tagen wieder Ureabromin, nach 12 Wochen erneutes Anschwellen der Anfälle, 9—11 p. d., das nun aber auf KBr, und zwar 5 g p. d., noch weiter wuchs und erst am 9. Tag mit 62 Anfällen sein Maximum erreichte! Von hier an rasches Nachlassen, bis nach einer weiteren Woche der Durchschnitt, 15—20 p. Monat, wieder erreicht war. Die einzelnen Anfälle waren dabei mindestens als mittelschwer zu bezeichnen, 1—2 Minuten dauernd, mit völligem Bewußtseinsschwund, Pupillenstarre, starken Konvulsionen; Pausen von mehr als 1—1 1/2 Stunden Dauer waren während mehrerer Tage überhaupt nicht vorhanden. Daß trotzdem das Allgemeinbefinden ein durchaus nicht beunruhigendes war, P. in den Pausen völlig erwachte, genügend Nahrung nahm, sich mit seiner Umgebung unterhalten konnte, in 3 Tagen über 170 Anfälle gut überstand, möchte ich neben der kräftigen Allgemein- und Herzkonstitution doch im wesentlichen der Kalziumkräftigung des Herzens zuschreiben, die eben der eventuellen Kalziumkrampfneigung gegenüber durchaus im Übergewicht war.

Die von den früheren Beobachtern gefundenen günstigen Einwirkungen des Mittels auf die unangenehmen Nebenerscheinungen des Bromismus konnten wir fast durchweg bestätigen; der bei einigen Bromkalinehmern auftretende Halor ex ore, der sich vereinzelt bis zum Fötor steigerte, verschwand ausnahmslos in der gleichen Zeit wie die übrigen Symptome, d. h. etwa 14 Tagen. Im Gegensatz zu den beiden oben genannten Fällen ließ sich ferner bei einer ganzen Reihe mißmutiger, reizbarer, in stumpfer gemütlicher Depression verharrender Kranker eine z. T. sehr erhebliche Aufmunterung ihres ganzen Wesens, Teilnahme an gemeinsamen Veranstaltungen und vor allem Nachlassen der Reizbarkeit und Neigung zu Zank und Schlägereien konstatieren, wie es Jach auch beschreibt; sicher mit Folgen einer Desintoxikation des Organismus durch den diuretisch wirkenden Harnstoffanteil, die Fischer und Hoppe ja auch chemisch nachgewiesen haben. Am intensivsten war die Wirkung auf die Hautaffektionen, die den Gedanken nahelegt, daß auch gelegentlich atypische, scheinbar autochthone Formen solcher auf Bromismus zurückzuführen sind, oder daß wenigstens latent bleibende Dispositionen durch Brom zum Ausbruch kommen können. Vor allem reagierte ein Träger eines alten chronischen Ekzems in ganz unerwarteter Weise auf das Mittel, das er zunächst nur seines Widerwillens wegen gegen das oft refüsierte Alkali bekam. Nachdem er jahrelang infolge seines den größten Teil seines Körpers bedeckenden, aller auch spezialistischen Behandlung trotzenden Ekzems die Crux unseres Spitals gebildet hatte, waren wir sehr überrascht, die Sekretion nach wenigen Wochen versiegen und bald auch, ohne sonstige Behandlung, die folgende trockene Schuppung bis auf einige Reste einem gesunden Epithel weichen zu sehen. Zugleich blieb der Mann eine erheblich längere Zeit als jemals bei Bromkali anfallsfrei (7 1/2 Monat), was ich weniger auf eine diesem gegenüber spezifisch energischere antiepileptische Wirkung des Ureabromins zurückführen, sondern sekundär als Folge der jetzt wieder geregelten Hauttätigkeit und Hautpflegemöglichkeit ansehen möchte, die ja in der Behandlung der Epilepsie eine anerkannte Rolle spielt. So lockend in diesem Falle eine Gegenprobe mit Bromkali war, so konnten wir uns bisher angesichts der glänzenden Verbesserung der Lage des P. nicht entschließen, ihn wieder der Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs seines Ekzems auszusetzen.

Einen gleichermaßen vorzüglichen Erfolg hatten wir bei einem alten idiotischen Hemiplegiker, der seit seinem 48. Jahre auch epileptische Anfälle zeigte. Daraufhin gereichtes Bromkali bewirkte eine erhebliche Ausdehnung und Verschlimmerung eines schon vorher in mäßiger Intensität bestehenden Ekzems der Schläfengegend, das ausgesprochen seborrhoische Form mit dicken Krusten annahm und über die Parotisgegend bis zum Halse herabstieg. Gegen Spezialbehandlung fast völlig refraktär bleibend, zeigte es auf Ureabromin zum ersten Mal weitgehende Besserung, die nach einigen Monaten, zugleich unter weitgehender Besserung des allgemeinen Marasmus, zu völliger Abheilung mit glatter, flacher Narbe führte. — Ein P. mit ackerfurchenartig transversal verlaufenden, framboesieartigen alten Wülsten am Hinterkopf und Scheitel, auf Berührung, beim Aufliegen etc. sehr schmerzhaft und blutend, ständig mit dickem getrockneten Sekret bedeckt, verlor nach knapp 2 Wochen seine Beschwerden unter derbnarbiger Abheilung der Wülste völlig, so daß er sich gegen einen neuerdings beabsichtigten Therapiewechsel aufs äußerste sträubte.

Einen Übergang von diesen ungewöhnlichen Formen zu der alltäglichen Bromakne bildet ein P. mit bis apfelgroßen atheromartigen Talgretentionszysten, 12—15, am ganzen Körper, die unter Bromkali infolge der Bromüberladung der Wand in stän-

digem Entzündungszustande waren und mehrfach, vereitert, zu Inzisionen genötigt hatten; Ureabromin ließ auch hier nach kurzer Zeit den Reizzustand schwinden, womit z. T. eine beträchtliche Verkleinerung selbst alter Knoten verbunden war, und beseitigte zugleich die zahllosen kleineren Akneknoten. Letzteres fand auch bei den sämtlichen übrigen Versuchspersonen statt, mit einziger Ausnahme des oben genannten Mädchens, die keine nennenswerte Akneverminderung aufwies und überhaupt eine Idiosynkrasie gegen das Mittel zeigte. Auch die ulzerösen Formen des Hautbromismus zeigten, z. T. unter Nachhülfe mit Ulrichschen Kochsalzwasserkompressen, prompte Heilungstendenz. Ich betone dabei, daß das Mittel durchweg in doppelter Menge des vorher gegebenen Bromkali gereicht wurde, die dem Organismus einverleibte Brommenge also etwa in der Mitte (36% × 2) zwischen der entsprechenden Bromkali- (67,1%) und Bromnatriummenge (77,6%) stand. Die von Böhmig beobachtete Immunisierung des Körpers durch Ureabromin gegen das Wiederauftreten von Bromakne nach erneuten Alkaligaben konnten wir leider nicht bestätigen, es traten vielmehr jedesmal nach z. T. wenigen Tagen, z. T. 2—3 Wochen die früheren Eruptionen recht lebhaft wieder hervor.

In Zusammenfassung läßt sich sagen, daß das Mittel, ganz wenige Fälle von anscheinender Idiosynkrasie ausgenommen, wohl als bester bisher existierender Ersatz für Bromalkalien angesehen werden kann, da es die Intoxikationserscheinungen derselben so prompt beseitigt wie kaum ein zweites, die Hautaffektionen zum Schwinden bringt, auf den psychischen Marasmus als z. T. exquisites Analeptikum wirkt, für etwa ³/₄ der Kranken auch auf die Dauer eine gleiche antispasmodische Wirkung ausübt als das Bromkali. Sein Gesamteffekt dürfte auch dem des ihm sonst nahestehenden Zebromal, mit dem an z. T. denselben Kranken von Jödicke (Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 7) ausgedehnte Versuche gemacht wurden, merklich überlegen sein; und es ist voraussichtlich von sämtlichen bisher auf den Markt gekommenen ähnlichen Mitteln das einzige, das auf unserer Abteilung in etwas größerem Maßstabe dauernd zur Verwendung kommen wird.

Der österreichische Strafgesetzentwurf und die öffentlichen Heilanstalten für Geisteskranke.

Referat, im Auftrage des Salzburger Landesausschusses erstattet bei der Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Von Dr. jur. *Karl Grassberger*, Landessekretär in Salzburg.

(Fortsetzung)

III.
Einzelne Bestimmungen aus dem besonderen Teile des Strafgesetzentwurfes.

Berühren die bisher besprochenen Bestimmungen unmittelbar das Gebiet der psychiatrischen Tätigkeit, so enthält der Entwurf noch eine Reihe anderer Vorschriften, die für die Irrenärzte, namentlich für die an öffentlichen Irrenanstalten tätigen, von Interesse sind, wenn sie sich auch nicht speziell auf deren Wirksamkeit beziehen. Ich will im nachstehenden eine Reihe solcher Bestimmungen besprechen, ohne daß die Aufzählung Anspruch auf Vollständigkeit macht.

A. Öffentliche Beamte und Personen des öffentlichen Dienstes.

Nach § 100 gehören „Beamte, angestellte Hilfsorgane und Diener der öffentlichen Behörden, verfassungsmäßigen Vertretungskörper und öffentlichen Körperschaften“ zu den „öffentlichen Beamten“ und nach § 101 zu den „Personen des öffentlichen Dienstes“.*) Da der Landtag und ebenso der Landesausschuß ein „verfassungsmäßiger Vertretungskörper“ im Sinne des § 97 des Entwurfes ist, so sind die Organe der Landesheilanstalten, gleichviel, ob sie im Verhältnis eines „Beamten“ i. e. S. oder eines „angestellten Hilfsorganes“ oder eines Dieners stehen, als öffentliche Beamte, als Personen des öffentlichen Dienstes zu betrachten. Es kommt ihnen daher der Schutz zu statten, den die Bestimmungen des XIV. Hauptstückes des StGE. über die Nötigung, Beschimpfung, Mißhandlung der Personen des öffentlichen Dienstes und über die Einmengung in eine Amtshandlung oder Dienstesverrichtung derselben gewähren. Umgekehrt gelten für sie auch die Bestimmungen des XV. Hauptstückes über die Verletzung der Amtspflichten.

*) Unter „öffentlichen Beamten“ versteht der Entwurf im allgemeinen die Subjekte der Amtsdelikte, unter „Personen des öffentlichen Dienstes“ diejenigen Personen, die als Angriffsobjekte im öffentlichen Interesse eines erhöhten Schutzes bedürfen.

B. Amtsgeheimnis, Berufsgeheimnis.

Über die Verletzung des Amtsgeheimnisses und des Berufsgeheimnisses enthalten die §§ 171 und 403 unter anderem nachstehende Vorschriften:

§ 171 (Verletzung des Amtsgeheimnisses):

1. „Wer ein öffentliches Interesse oder ein berechtigtes Privatinteresse dadurch gefährdet, daß er über eine Tatsache, Schrift oder einen Gegenstand, die ihm in der Eigenschaft eines öffentlichen Beamten bekannt geworden sind, und über die er das

Amtsgeheimnis zu wahren hat, eine Mitteilung macht oder veröffentlicht;

2. wer ein Geschäftsgeheimnis oder Betriebsgeheimnis, das ihm in der Eigenschaft eines öffentlichen Beamten oder eines von der öffentlichen Behörde zugezogenen Sachverständigen bekannt geworden ist, veröffentlicht oder einem Unbefugten mitteilt; . . . .

wird mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten oder Geldstrafe bis zu 2000 K. bestraft."

§ 403 (Verletzung des Berufsgeheimnisses).

„1. Wer nach den für seine Berufstätigkeit geltenden Vorschriften, insbesondere als Advokat, Notar, Verteidiger, Arzt, Apotheker oder Hebamme zur Wahrung des Geheimnisses verpflichtet, ein in seiner Berufseigenschaft ihm anvertrautes oder bekannt gewordenes Geheimnis desjenigen, der seine Berufstätigkeit in Anspruch genommen hat, einem dritten mitteilt oder veröffentlicht,

2. wer eine Tatsache einem dritten mitteilt oder veröffentlicht, die ihm in der Eigenschaft eines Angestellten oder Dieners einer der unter 1 bezeichneten Personen oder einer Krankenanstalt bekannt geworden ist und ein Geheimnis eines anderen bildet, der die Berufstätigkeit seines Dienstgebers oder die Hilfe der Anstalt in Anspruch genommen hat, . . .

wird mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 2000 K bestraft.

Der Täter ist nicht strafbar, wenn die Mitteilung oder Veröffentlichung nach Inhalt und Form durch ein öffentliches Interesse oder ein berechtigtes Privatinteresse gerechtfertigt ist."

An diesen Bestimmungen ist besonders bemerkenswert, daß auch die Diener der Ärzte und Anstalten zur Wahrung des Geheimnisses strafrechtlich verpflichtet sind. Die ausdrückliche Berücksichtigung höherer Interessen, die unter Umständen ein Abgehen von dem Grundsatze der Wahrung des Berufsgeheimnisses rechtfertigen, kann nur gebilligt werden.

C. Verschweigung entlastender Umstände.

Eine merkwürdige Bestimmung, die auch für die Irrenärzte Bedeutung erlangen kann, ist die des § 192 StGE.

„Wer es unterläßt, eine Tatsache oder ein Beweismittel, die geeignet sind, die Schuldlosigkeit eines Angeklagten oder Verurteilten darzutun, zur Kenntnis des Gerichtes oder des Beschuldigten zu bringen, wird mit Gefängnis oder Haft bis zu drei Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 1000 K bestraft, wenn die Tat mit einer sechs Monate übersteigenden Freiheitsstrafe, mit lebenslangem Kerker oder mit dem Tode bedroht ist.

Der Täter, der wegen berufsmäßiger Pflicht zur Verschwiegenheit zu einer Zeugenaussage nicht verhalten werden kann oder durch die Mitteilung sich selbst oder einen nahen Angehörigen der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder sonst eines erheblichen Nachteiles aussetzen würde, ist nicht strafbar."

Nach den aufrechtbleibenden §§ 151 und 152 der geltenden Strafprozeßordnung befreit den Arzt sein Berufsgeheimnis als solches nicht von der Verpflichtung zur Ablegung einer Zeugenaussage; der § 192 kann deshalb dahin ausgelegt werden, daß ein Arzt, der von einem die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustande einer Person Kenntnis besitzt, oder durch die Krankengeschichte in gewisse, den Kranken, dessen Angehörige oder dritte Personen entlastende Familiengeheimnisse Einblick gewonnen hat — eine Lage, in die insbesondere der Psychiater leicht gelangen kann —, verpflichtet sei, hiervon dem Gerichte Mitteilung zu machen, wenn die zu entlastende Person wegen eines mit mehr als sechsmonatlicher Freiheitsstrafe bedrohten Deliktes bereits angeklagt oder verurteilt worden ist. Aus der Fassung des § 192 in Verbindung mit § 6 geht allerdings hervor, daß nur ein vorsätzliches Unterlassen der Mitteilung strafbar machen würde. Immerhin kann der § 192 für den Arzt sehr unangenehme Folgen zeitigen. Denn strafbarer Vorsatz ist auch dann gegeben, wenn der Arzt in der Absicht, seinen Patienten zu schonen, die Mitteilung unterläßt. Die Vorschrift des § 192 ist daher eine sehr bedenkliche Bestimmung, der die Ärzte volle Beachtung widmen müssen.

Auch ein den Ärzten der öffentlichen Landes-Irrenanstalten obliegendes Amtsgeheimnis wird keinen Grund zur Befreiung von der Verpflichtung des § 192 StGE. bilden; man beachte den Motivenbericht (S. 207), der unter Hinweis auf die §§ 151 und 152 der geltenden Strafprozeßordnung nur die Geistlichen, Staatsbeamten und Verteidiger wegen berufsmäßiger Pflicht zur Verschwiegenheit von der Vorschrift des § 192 StGE. ausnimmt.

Der Gedanke, der dem § 192 zugrunde liegt, ist gewiß völlig einwandfrei; wenn ein Irrtum der Organe der Rechtspflege bereits soweit gediehen ist, daß es zu einer Anklage gegen einen Unschuldigen oder gar zu einer Verurteilung kam, so soll derjenige strafbar sein, der es vorsätzlich unterläßt, zur Aufklärung mitzuwirken (M. B. S. 207).

Der Entwurf hat aber übersehen, daß aus mindestens gleich schwerwiegenden Gründen, wie den Geistlichen, Staatsbeamten und Verteidigern, auch den Ärzten hinsichtlich ihres Berufsgeheimnisses eine Ausnahmestellung gebührt. Sollte der § 192 in seiner gegenwärtigen Fassung Gesetzeskraft erlangen, so wird diese Vorschrift beim Vorhandensein der übrigen dort festgesetzten Voraussetzungen den Arzt nicht bloß dann, wenn die ihm bekannten Tatsachen seinen Patienten entlasten, sondern auch dann, wenn sie dritte Personen entlasten und seinem Patienten vielleicht ungünstig sind, zur Anzeige verpflichten; nur die Gefahr eines erheblichen Nachteiles für seine eigene Person oder seine eigenen nahen Angehörigen wird den Arzt von der Anzeigepflicht des § 192 entbinden. Eine so schwere Konsequenz der Kenntnis der Krankengeschichte herbeizuführen, lag wohl nicht in der Absicht des Entwurfes*), es wird

*) Vgl. mit dem von der Anzeige entlastender Umstände handelnden § 192 des Entwurfes den § 359 des geltenden Strafgesetzes und den § 468 des Entwurfes, betreffend die Verpflichtung zur Anzeige verdächtiger Umstände. Die Verpflichtung zur Anzeige von Umständen, die den Verdacht

daher hoffentlich nicht allzuschwer gelingen, eine entsprechende Abänderung des § 192 durchzusetzen, die die Ärzte vor Pflichtenkollisionen, wie sie sich aus der Verpflichtung zur Anzeige entlastender Umstände ergeben können, sichert.*)

Man kann den Arzt unter den Voraussetzungen des § 192 StGE. von der Wahrung des Berufsgeheimnisses entbinden, man kann ihm das Recht geben, die einen Angeklagten oder Verurteilten entlastenden Umstände dem Gerichte anzuzeigen, aber schlechthin verpflichten hierzu soll man ihn mit Rücksicht auf die besondere Natur des zwischen ihm, seinem Patienten und dessen Angehörigen bestehenden Vertrauensverhältnisses nicht oder doch nur unter ganz besonders wichtigen Voraussetzungen. Für den Psychiater ist die Bestimmung des § 192 auch deshalb bedenklich, weil sie ihn mit einem überaus großen Maß von Verpflichtungen belastet.

D. Befreiung verwahrter, Entführung pflegebefohlener Personen.

Für die strafrechtliche Behandlung der Entführung von Anstaltspfleglingen kommen die §§ 199 und 255 in Frage. Sie lauten:

§ 199 (Befreiung eines Verwahrten).

„1. Wer jemanden, der auf Grund der Verfügung einer öffentlichen Behörde verwahrt wird oder verhaftet ist, zur Flucht bestimmt, ihm dazu Hilfe leistet oder ihn der Obhut der Anstaltsbeamten entzieht;

2. wer einen solchen Flüchtling vor der nachforschenden öffentlichen Behörde verbirgt oder sonst seine Ergreifung vereitelt,

wird mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten bestraft.

3. Wer die Tat in bezug auf eine Person begeht, die in einer der Fürsorgeerziehung dienenden Anstalt, in einer Anstalt für verbrecherische Irre, für geistig minderwertige oder gemeingefährliche Verbrecher oder in einer Zwangsarbeitsanstalt verwahrt wird oder aus einer dieser Anstalten entwichen ist, wird mit Gefängnis oder Haft von vier Wochen bis zu drei Jahren bestraft.

Wer die unter 2 bezeichnete Tat in bezug auf einen nahen Angehörigen begeht, ist nicht strafbar, es sei denn, daß der Flüchtling in einer der Fürsorgeerziehung dienenden Anstalt verwahrt wurde".

§ 255 (Entführung eines Pflegebefohlenen).

„1. Wer einen Minderjährigen, der das einundzwanzigste Lebensjahr nicht vollendet hat, oder einen Geisteskranken dem rechtmäßigen Inhaber der Obhut entführt oder vor diesem verborgen hält, oder wer einen solchen Minderjährigen oder einen Geisteskranken bestimmt, sich dieser Obhut zu entziehen, oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Gefängnis oder Haft von zwei Wochen bis zu zwei Jahren bestraft.

Wenn die Tat zum Zwecke der Eheschließung mit der entführten Person begangen wurde, wird der Täter nur mit Ermächtigung des Verletzten verfolgt und, wenn der Täter oder seine Auftraggeber die entführte Person geheiratet hat, überdies nur dann, wenn die Ehe ungültig erklärt worden ist. Nach dem Tode des Verletzten steht das Recht der Ermächtigung dem Nachfolger in der Obhut zu.

2. Wer eine Person entführt, die dem außerehelichen Geschlechtsverkehr oder dem Bettel zugeführt oder sonst in Verhältnisse gebracht werden soll, die für sie verderblich sind, wird mit Kerker von einem bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft."

Die Anwendung dieser beiden Gesetzesstellen auf die Irrenanstalten regelt sich m. E. danach, ob der Pflegling auf Grund einer gerichtlichen oder sonstigen behördlichen Verfügung, oder ob er ohne solche Verfügung in der Anstalt untergebracht wurde.*) Im ersteren Fall wird der § 199 zur Anwendung gelangen, obwohl die Heilanstalten für Geisteskranke weder im Texte des § 199 noch in den bezüglichen Ausführungen des Motivenberichtes erwähnt werden, wodurch die Klarheit des Gesetzes allerdings nicht gefördert wird; jedenfalls aber ist die Anwendbarkeit des § 199 StGE. gegeben, wenn der Befreite auf Grund des Art. 55 EGE. (siehe oben I, E) oder auf Grund der §§ 134 und 503 StPE. (siehe oben II) über Anordnung des Strafgerichtes in einer öffentlichen Irrenanstalt verwahrt wurde. Im zweiten Fall halte ich die Anwendung des § 255 für gegeben, falls bei der Aufnahme des Kranken die durch Gesetz oder Statuten festgesetzten Vorschriften erfüllt wurden; denn dann ist die Anstaltsleitung der rechtmäßige Inhaber der Obhut. Zu dieser Ansicht verleitet uns wenigstens der Text des § 255; die Klarheit wird aber getrübt durch den Motivenbericht (S. 236), der als das Angriffsobjekt der strafbaren Handlung nach § 255 „die familienrechtliche Gewalt der Eltern und des Vormundes und in weiterer Ausdehnung des Begriffes den Kreis der Rechte bezeichnet, „welche dem Kurator in bezug auf die Person eines Geisteskranken oder demjenigen zustehen, dem die Obhut über einen Minderjährigen kraft besonderer Vorschrift übertragen ist, wie das bei Übergabe eines Fürsorgezöglings in Familienerziehung zutrifft". Nach dieser Auffassung des Motivenberichtes, die die Überschrift „Entführung eines Pflegebefohlenen" im juristisch-technischen Sinne auffaßt und offenbar auch durch

einer strafbaren Handlung rechtfertigen, wird im § 468 des Entwurfes nur dem Totenbeschauer auferlegt, und der Motivenbericht (S. 363) bemerkt hierzu: „Die im § 359 (des geltenden Strafgesetzes) enthaltene allgemeine Strafdrohung gegen Sanitätspersonen, welche die Anzeige verdächtiger Todesfälle und Krankheiten unterlassen, hat der Entwurf nicht aufgenommen. Einerseits schien diese Bestimmung entbehrlich, andererseits stellt sie für Sanitätspersonen eine Pflicht auf, die mit ihrem charitativen Wirken in Widerspruch steht."

Die Verfasser des Entwurfes haben offenbar nicht bedacht, daß auch die Verpflichtung zur Mitteilung entlastender Tatsachen nach § 192 unter Umständen mit dem charitativen Wirken des Arztes in Widerspruch geraten kann.

*) Eventuell wäre auch eine Änderung des § 152 Z. 2 StPO. in Erwägung zu ziehen.

*) Der Begriff „Verfügung" setzt voraus, daß die öffentliche Behörde die Internierung angeordnet hat; die Aufnahmsbewilligung als solche ist daher nicht als „Verfügung einer öffentlichen Behörde" anzusehen; ebensowenig wohl die im Entmündigungsgesetz-Entwurfe vorgesehene Konstatierung der Zulässigkeit der Anhaltung.

die Überschrift des bezüglichen (XXI.) Hauptstückes des Entwurfes („strafbare Handlungen gegen Ehe, Familien- und Personenstand") beeinflußt ist, könnte also die Entführung aus einer Heilanstalt für Geisteskranke nur dann nach § 255 StGE. geahndet werden, wenn der Entführte mit ausdrücklicher oder stillschweigender Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters sich in der Anstaltspflege befunden hat. Was zu geschehen hat, wenn für den Geisteskranken ein Kurator noch nicht bestellt war oder der bestellte Kurator selbst die Entführung betrieben hat: diese Frage bleibt offen und kann auch durch die Analogie mit dem alten Strafgesetz, dessen Entführungsparagraph (§ 96) auf Geisteskranke nicht Bedacht nimmt, nicht gelöst werden.

E. Freiheitsentziehung.

Der Tatbestand der Einschränkung der persönlichen Freiheit wird im § 93 des alten Strafgesetzes umschrieben wie folgt:

„Wenn jemand einen Menschen, über welchen ihm vermöge der Gesetze keine Gewalt zusteht, und welchen er weder als einen Verbrecher zu erkennen, noch als einen schädlichen oder gefährlichen Menschen mit Grund anzusehen Anlaß hat, eigenmächtig verschlossen hält, oder auf was immer für eine Art an dem Gebrauche seiner persönlichen Freiheit hindert; oder wenn jemand, auch bei einer gegründet scheinenden Ursache der unternommenen Anhaltung, die Anzeige darüber sogleich der ordentlichen Obrigkeit zu tun geflissentlich unterläßt."

Dagegen lauten die entsprechenden Bestimmungen des Entwurfes folgendermaßen:

§ 315. Freiheitsentziehung.

1. „Wer einen anderen festnimmt, einschließt oder auf andere Weise an dem Gebrauche seiner persönlichen Freiheit hindert, wird mit Gefängnis oder Haft von zwei Wochen bis zu drei Jahren bestraft.

2. Wer die Freiheitsentziehung länger als eine Woche fortsetzt oder wer die Tat verübt, um die Verletzte zur Ausübung gewerbsmäßiger Unzucht zu nötigen, ist mit Kerker von einem bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis von drei Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

3. Wer die Freiheitsentziehung länger als drei Monate fortsetzt, oder wer die Tat derart verübt, daß sie mit besonderen Qualen für den Verletzten verbunden ist, wird mit Kerker oder Gefängnis von einem bis zu zehn Jahren bestraft.

§ 316. Unterlassung der Anzeige einer berechtigten Festnahme.

Wer es unterläßt, die von ihm zur Verhinderung einer mit Strafe bedrohten Handlung oder zum Schutze der Person oder des Vermögens vorgenommene Anhaltung eines anderen ohne Verzug der öffentlichen Behörde anzuzeigen, wird mit Haft bis zu sechs Wochen oder mit Geldstrafe bis zu fünfhundert Kronen bestraft."

Wie man aus der Gegenüberstellung des alten und des neuen Wortlautes ersieht, ist der neue Wortlaut im § 315 (verglichen mit dem ersten Satze des alten § 93) allgemeiner, im § 316 (verglichen mit dem zweiten Satze des § 93) kasuistischer gehalten als das alte Gesetz. Auffallend ist, daß der Passus des alten Gesetzes: „über welchen ihm vermöge der Gesetze keine Gewalt zusteht", ausgelassen wurde. Ich glaube, man darf hieraus keine zuweitgehenden Folgerungen ziehen. „Es versteht sich", wie der Motivenbericht hervorhebt, „von selbst, daß eine pflichtmäßige oder rechtmäßige Handlung nicht strafbar sein kann", der Motivenbericht versichert daher, daß die Auslassung der obenerwähnten Worte inhaltlich keine Veränderungen gegenüber dem alten Rechte bedeute. Allerdings würde ich der beruhigenden Rechtsbelehrung des Motivenberichtes eine volle Klarheit des Gesetzestextes vorziehen, und man darf wohl die Frage aufwerfen, ob für die Irrenanstalten die Möglichkeit von Konflikten durch die Fassung des neuen Gesetzes nicht eher erhöht als vermindert wird.*)

*) Über das Verhältnis des § 315 zum § 325 („Eigenmächtige ärztliche Behandlung") siehe unten die zweitnächste Fußnote.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie** (Vorläufige Mitteilung). Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 15. und 16. Mai 1913 in Breslau stattfinden.

Es sind zwei Referate vorgesehen: I. Bleuler-Zürich und Hoche-Freiburg: Der Wert der Psychoanalyse. II. Stier-Berlin und Mönkemöller-Hildesheim: Psychiatrie und Fürsorgeerziehung.

Ferner liegen bisher zwei Vortragsanmeldungen vor: I. Starlinger-Mauer-Öhling (auf Veranlassung des Vorstandes): Über die zweckmäßige Größe von Anstalten für Geisteskranke. II. Reichardt-Würzburg: Physikalische Hirnuntersuchung an der Leiche.

Anmeldung weiterer Vorträge wird erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof. Die endgültige Einladung erfolgt gegen Ende April.

Februar 1913. Der Vorstand.

— **Staatliche Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke in Preußen.**

Der Magistrat Berlin hat eine Petition an die beiden Häuser des Landtages gerichtet wegen der Mißstände im Irrenwesen, die hervorgerufen sind durch die über das vorhandene, notwendige Maß weit hinausgehende Inanspruchnahme der Anstalten durch

die Polizei für ihre gemeingefährlichen Kranken, und durch den Mangel einer rechtlichen Grundlage, sowohl für die Fürsorgepflicht in solchen Fällen, als auch überhaupt für die zwangsweise Internierung von Geisteskranken. Die Landarmenverbände der Stadt Breslau, des Herzogtums Lauenburg, der Hohenzollernschen Lande haben den Anschluß an die Petition zugesagt. Die ferner aufgeforderten Landesdirektoren und Landeshauptleute der preußischen Provinzen haben sich auf den Standpunkt der Petition gestellt und wollen ein gemeinsames Vorgehen erwägen.

— **Heilerziehungsheim Leipzig-Kleinmeusdorf** (siehe Nr. 43, S. 518). Die von den Freunden der Jugendfürsorge wie von den Berufsarbeitern des Fürsorgeerziehungswesens wiederholt ausgesprochene, auf dem allgemeinen Fürsorgeerziehungstag zu Rostock 1910 einmütig gutgeheißene Forderung, für psychopathische Fürsorgezöglinge besondere Zwischenanstalten zu errichten, wird gegenwärtig in Leipzig erfüllt.

Der Fürsorgeverband Leipzig baut in Kleinmeusdorf ein Heilerziehungsheim für 128 Zöglinge, das folgenden Zwecken dienen soll:

1. Möglichkeit der sofortigen Unterbringung jedes Minderjährigen, betreffs dessen Fürsorgeerziehung oder vorläufige Unterbringung (§ 6 F.-E.) angeordnet worden ist.

2. Verteilung der Minderjährigen nach einheitlichen Grundsätzen (Überweisung zur Familienpflege, in das Krankenhaus, in Erziehungsanstalten und in das Heilerziehungsheim).

3. Psychiatrische Beobachtung und Untersuchung von Fürsorgezöglingen, die ihrer psychopathischen Veranlagung wegen aus den Erziehungsanstalten zurückgegeben werden.

4. Behandlung und Erziehung besonders schwer erziehbarer psychopathischer Fürsorgezöglinge unter ständiger ärztlicher, psychiatrischer Mitwirkung.

Die geplante Zwischenanstalt wird also nicht nur eine Stätte der Heilerziehung und Verwahrung, sondern auch ein Untersuchungs- und Beobachtungshaus und damit eine Durchgangs- und Verteilungsstelle möglichst für alle Fürsorgezöglinge des Verbandes darstellen.

Sie wird erbaut auf dem 24600 qm großen Gelände, das unmittelbar hinter der Heilanstalt Dösen liegt, von wo aus sie jederzeit und ausreichend ärztlich versorgt werden kann.

Am 13 Januar wurde in schlichtem feierlichen Akte die Grundsteinlegung vollzogen. Nachdem Herr Kreishauptmann v. Burgsdorff die auf Einladung erschienenen 18 Herren begrüßt hatte, hielt Herr Oberregierungsrat Dr. Dietrich eine bemerkenswerte Ansprache, in der er u. a. folgendes ausführte:

Es hat sich nach und nach die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß mehr denn bisher bei der Erziehung der Jugendlichen deren besonderen Eigenart und den Verschiedenheiten der geistigen und seelischen Entwicklung Rechnung getragen werden muß. Dies gilt insbesondere von den verwahrlosten Jugendlichen, den Fürsorgezöglingen, von denen feststeht, daß sie zu einem großen Teile, wenn nicht in der Mehrzahl, Abweichungen von der Durchschnittsbeschaffenheit gesunder Kinder aufweisen. In allen Kreisen ist man bestrebt, die Jugendforschung zu fördern und ihre reichen Ergebnisse sich nutzbar zu machen. Als besondere Aufgabe ist zu erkennen, wes Geistes Kind die sind, die der Fürsorgeerziehung neu überwiesen wurden. Von vornherein soll ihnen eine ihrem Wesen angemessene Behandlung zuteil werden, von vornherein sollen sie an die Stelle gesetzt, in die Anstalt oder Familie gebracht werden, wo nach menschlichem Ermessen am besten für sie gesorgt ist, wo ihnen die richtigste Erziehung gewährt werden kann. Soll dies aber geschehen, so erscheint es geboten, vor der ersten Unterbringung in einer Anstalt oder Familie für jeden Zögling, wenn nicht der Fall vollkommen klar liegt, möglichst einen Aufenthalt kürzerer oder längerer Dauer einzuschieben, der seiner Beobachtung vom pädagogischen und psychiatrischen Standpunkt aus gewidmet ist.

Der Redner gab dann die der Anstalt gesteckten, hier bereits genannten Ziele bekannt und begrüßte besonders die Mitwirkung der Herren Ärzte. Hierauf wurde die Urkunde über die Errichtung der Anstalt verlesen und in verschlossener Kapsel dem Grundstein eingemauert.

Während der üblichen Hammerschläge, mit denen die Anwesenden ihre guten Wünsche bekräftigten, brach durch das winterliche Schneetreiben die Sonne hindurch, ein Ja und Amen sprechend zu dem Werke, das vielen in Frost und Finsternis verkümmerten Kinderseelen Heilung bringen soll.

Zum Direktor der Anstalt ist der pädagogische Beirat des städtischen Fürsorgeamtes zu Dresden, Bürgerschullehrer Fritz Knauthe, berufen worden.

— **Die Begründung einer Zentralstelle individual- und differentiell-psychologischer Forschungsmittel** schlägt jetzt die Verwaltung des Instituts für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung in Klein-Glienicke bei Potsdam vor. Eine solche Zentralstelle ist im Keim in dem Institut bereits vorhanden. Denn es hatte bei Gelegenheit des 5. Kongresses für experimentelle Psychologie eine Ausstellung derartiger Feststellungsmittel veranstaltet, und diese Ausstellung ist nunmehr durch das Entgegenkommen des preußischen Kultusministeriums und der ihm unterstehenden deutschen Unterrichtsausstellung zu einer ständigen geworden. Die Zentralstelle soll im Original oder in Kopien enthalten: einige Prüfungsmittel wie Testmaterialien, Fragebogen, Individualitätenformulare usw., dann psychologisch verwertbare Produkte, Zeichnungen und literarische Produkte, Kompositionen, technische Produkte usw., ferner die Aufnahmen psychologisch verwertbarer Ausdrucksformen, Photographien, Handschriften, Kinemato- und Photogramme, endlich noch Protokolle und Tabellen von individual- oder differentiell-psychologischen Arbeiten.

— **Die Geisteskranken in der deutschen Armee.** Nachdem mit der Einrichtung von zwei vollständigen Abteilungen für Geisteskranke seitens der Armeeverwaltung vorgegangen war, zu der die im vorigen Jahre beschlossene Aufstellung einer

weiteren Abteilung im Westen (in Mainz) hinzutrat, ist jetzt die Einrichtung von zwei weiteren Abteilungen geplant, wahrscheinlich in Magdeburg und in Posen. In Bayern sind zwei Abteilungen in Aussicht genommen, und in Sachsen besteht eine solche in Dresden. Es ist, wenn auch die Sanitätsstatistik im allgemeinen eine Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten nachweist, aber zu bedenken, daß für den militärischen Dienst etwa zweimal so viel Leute als untauglich in diesem Sinne in Frage kommen als im bürgerlichen Leben, über das die allgemeine Statistik Nachweise bringt. Ferner muß die Vermehrung der Armee in Betracht gezogen werden und die Änderungen der ärztlichen Auffassung in bezug auf die Krankenbehandlung, die eine weit größere Vorsicht jetzt obwalten läßt als früher. In den Krankenrapporten sind neue Krankheitsbezeichnungen eingeführt worden und die sogenannten „Schonungskranken" kommen in Fortfall. Dadurch tritt eine Verschiebung der Statistik ein. Immerhin ist eine tatsächliche Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten festzustellen, die besonders die neurasthenischen und hysterischen Erkrankungen betrifft. Auffällig ist, daß die in Niederdeutschland bestehenden Korps am wenigsten Geistes- und Nervenkranke aufweisen, während die süddeutschen, sächsischen Korps, das schlesische und die am Rhein stehenden Korps (mit Ausnahme des westfälischen) die verhältnismäßig stärkste Beteiligung zeigen. Allgemein weisen die Geisteskrankheiten eine stetige Zunahme von 0,21 pro Tausend im Jahre 1874/75 bis zu 1,3 pro Tausend in den letzten Berichtsjahren auf. Dementsprechend stieg auch die Zahl der Mannschaften, die wegen Krankheiten des Nervensystems während der Dienstzeit entlassen werden mußten. Erfreulich ist andererseits, daß die Zahl der Selbstmorde in der Armee im Verhältnis abgenommen hat, wenn man die steigende Ziffer der männlichen Zivilbevölkerung mit ihr vergleicht.

— **Der Verein zur Unterstützung Geisteskranker in Nürnberg** zählte am Schluß des vorigen Jahres 10 272 Mitglieder, 249 mehr als 1911. Von den Mitgliedern gehörten 2718 der zweiten, 7554 der dritten Klasse an, deren Jahresbeiträge zusammen 29 538 M. betrugen. Von Gönnern erhielt der Verein 156 M., so daß sich die Gesamtbeiträge auf 29694 M. erhöhen. Der erweiterten Kinderversicherung gehörten an 254 Versicherte. Die Zahl der Gönner ist 43. An Verpflegungskosten für in Heilanstalten untergebrachte Mitglieder wurden 24 200,95 Mark verausgabt, an außerordentlichen Unterstützungen 55[illegible] Mark. Das Vereinsvermögen betrug am Jahresschluß 277 690,25 Mark. Die ausscheidenden Aufsichtsräte wurden größtenteils wiedergewählt, neugewählt Kaufmann und Gemeindebevollmächtigter Max Erlenbach, Fabrikant und Armenpflegschaftsrat Fritz Bodechtel, Kaufmann Christian Hacker, Fabrikdirektor Aug. Hagenauer.

— Auf die Forderung eines Abgeordneten nach staatl. Errichtung eines **biologischen Forschungsinstitutes zur Erforschung der körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten**, wodurch auch für ihre Heilung sehr viel getan werden könnte, erklärte der Minister in der Budgetkommission des preußischen Abgeordnetenhauses am 29. Januar, daß über eine gleichlautende Anregung von der Gesamtheit der Landesdirektoren Erhebungen schweben.

— **Erblichkeitsforschung bei Geisteskrankheiten.** Zum Zwecke der Erklärung des Entstehens von Geistesstörungen wurde bisher ein Einblick in die blutsverwandte Beziehung der Vorfahren des Kranken bis in die Großeltern- und Urgroßeltern-Generation dadurch seitens der Irrenanstalt und -Kliniken zu erreichen gesucht, daß die Pfarrämter um Auskünfte angegangen wurden. Nunmehr entsendet die psychiatrische Klinik der Münchener Universität einen eigenen genealogischen Hilfsarbeiter, der auf Amtsgeheimnis verpflichtet ist, an das zuständige Pfarramt des Patienten, um die Auszüge aus den Pfarrmatrikeln selbst zu machen. Damit ist einesteils den Pfarrern eine möglicherweise zeitraubende Arbeit genommen, andererseits wird der Auszug von sachverständiger Seite hergestellt.

— **Einwanderung Geisteskranker nach Amerika.** Das amerikanische Repräsentantenhaus hat ein Gesetz angenommen, durch das die Dampfschiffahrtsgesellschaften, die geisteskranke Ausländer einführen, mit Strafen belegt werden. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung ist eine Geldstrafe von 200 Dollar vorgesehen.

— Das **kgl. sächs. Ministerium des Innern** erläßt folgende **Verordnung**: Wie hier bekannt geworden, ist von einzelnen Polizeibehörden bei Anwendung der Vorschriften in § 1 der Verordnung, die Zuständigkeit in Angelegenheiten der öffentlichen Irrenfürsorge betreffend, vom 23. August 1874 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 136) in Verbindung mit Punkt 1 der Instruktion Beilage A zu der Verordnung von der Auffassung ausgegangen worden, daß ein behördliches Einschreiten gegen einen Irren nur unter der Voraussetzung zulässig sei, daß derselbe die öffentliche Sittlichkeit oder die Rechtssicherheit in einer in der Verordnung angeführten Richtung bereits tatsächlich verletzt oder wenigstens gefährdet hat. Demgegenüber ist aber darauf hinzuweisen, daß ein solches behördliches Einschreiten auch schon dann begründet und angezeigt ist, wenn Irre nach ihrem Vorleben und ihrem Geisteszustand vorläufig nur eine Gefahr für die Allgemeinheit bilden und diese nach einer der bezeichneten Richtungen zu gefährden drohen.

— **Unterbringung von geisteskranken Verbrechern** des Großherzogtums Sachsen-Weimar in Sachsen. Da im Carl-Friedrich-Hospital in Blankenhain sowie in der Landesirrenanstalt in Jena nicht genügende Vorkehrungen zur Aufnahme und sicheren Verwahrung von geisteskranken Verbrechern und verbrecherischen Geisteskranken sind, werden diese in Zukunft der Kgl. Sächs. Landesirrenanstalt in Waldheim überwiesen.

Referate.

— Schweizerischer Medizinal-Kalender 1913. Herausgegeben von Prof. A. Jaquet und Dr. Paul Von der Mühll. II. Teil. Basel. Benno Schwabe & Co., Verlagsbuchhandlung, 1913.

Wer sich über das Medizinalwesen der Schweiz orientieren will — sei es durch medizinische Studienreisen nach der Schweiz oder auf Erholungsreisen, auf denen man ja nebenbei auch über dieses und jenes Medizinische oder speziell Psychiatrische sich informieren kann, oder bei sonstigen sich oft darbietenden Anlässen über schweizerische medizinische Verhältnisse sich zu unterrichten, — der tut gut, sich diesen Schweizerischen Medizinal-Kalender anzuschaffen. Die nachfolgende Übersicht der Kapitel dieses II. Teils zeigt, in welcher mannigfaltigen Richtung der Kalender als Führer dienen kann: Medikamentöse Bäder; Alphabetische Übersicht der Bad- und Kurorte mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz; Höhentabelle; Asyle und Privatheilanstalten; Anstalten für Alkoholkranke; Medizinische Fakultäten der Schweiz; Eidgen. Medizinalprüfungen; Eidgen. Fabrikinspektoren; Ärztliche Vereine der Schweiz; Gifte in alphabet. Ordnung; Dr. Häberlin, Das neue eidgen. Kranken- und Unfallversicherungsgesetz; Dr. O. Burckhardt-Socin, Einige aktuelle Fragen aus dem Gebiete der Gynäkologie; Dr. F. E. Sautier, Über Zusammensetzung und Kalorienwert einiger gekochter Speisen; Ärzteschematismus; Alphabetisches Verzeichnis sämtlicher in der Schweiz praktizierender Ärzte.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Kortau** bei Allenstein. Sanitätsrat Direktor Dr. Stoltenhoff wurde zum Geheimen Sanitätsrat ernannt. Dem I. Oberarzt Sanitätsrat Dr. Lullies wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Goddelau**, Philippshospital. Dr. Hubert Rumpen aus Aachen ist am 20. Januar als Assistenzarzt wieder in den Dienst der Anstalt getreten.

— **Kreuzburg O.-S.** Assistenzarzt Dr. Marcks vom 1. Januar 1913 ab zum Abteilungsarzt bei der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt zu Kreuzburg ernannt.

— **Rybnik.** Assist.-Arzt Dr. Ludwig Thürwächter zum 17. Februar zum Abteilungsarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt ernannt.

— **Allenberg.** Dem Direktor Sanitätsrat Dr. Dubbers wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 48. 1. März 1912/13.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Die Gebühren für Vorbesuche bei schriftlichen Gutachten.

Der Streit über Vergütung von Gebühren für Vorbesuche bei schriftlichen Gutachten, den Mönkemöller in Nr. 45 dieser Wochenschrift zur Sprache bringt, hat schon viel Papier, Tinte und Zeit von seiten der Anstaltsärzte in Anspruch genommen. Hauptsächlich dreht es sich um den Begriff „Vorbesuch", d. h. um seine Auslegung durch die Gerichte. Wenn das Oberlandesgericht zu Düsseldorf in seinen Entscheidungen hervorhebt, nach dem früheren Gesetze vom 9. März 1872 habe nur dann ein Vorbesuch vorgelegen, „wenn der Sachverständige zur Vorbereitung des Gutachtens seinen Beruf außerhalb des gewöhnlichen Bereichs seiner ärztlichen Tätigkeit (und außerhalb der ihm hierzu dienenden Räumlichkeiten) ausüben und zu diesem Zwecke einen Weg zu dem außerhalb des Bereichs seiner ärztlichen Tätigkeit sich befindenden Kranken zurücklegen mußte", so kann man dem gegenüber darauf hinweisen, daß es dann auffallend lange Zeit gebraucht hat, ehe das Gesetz bezüglich der Bedeutung des Wortes „Vorbesuch" klar erkannt und richtig ausgelegt worden ist. Denn in den ersten 28 Jahren wurden von den Gerichten die Vorbesuche in der Anstalt den Anstaltsärzten anstandslos vergütet. Nachdem aber das Reichsgericht 1900, das Oberlandesgericht zu Posen 1903 und das Kammergericht 1905 eine andere Auffassung geltend gemacht hatten, erst dann stellten sich auch die anderen Gerichte auf den Standpunkt, Vorbesuche der Anstaltsärzte seien nicht zu vergüten.

Als nun der neue Tarif vom 14. Juli 1909 in Kraft trat, glaubten nicht nur wir Mediziner, sondern auch juristische Stellen, die Ärzte könnten ihren Wunsch nach Gebühren für Anstaltsvorbesuche als erfüllt ansehen. Aber es kam anders. Schon bald hatte Rapmund in seinem Kommentar über die Gebühren für Medizinalbeamte bemerkt, eine besondere Gebühr sei nur bei Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt zulässig. Diese Auslegung Rapmunds zieht auch in erster Linie der Oberstaatsanwalt in Düsseldorf in der Abweisung einer meiner Beschwerden am 24. April 1912 für seine Ansicht an und nun entschied das Oberlandesgericht zu Düsseldorf ebenfalls in einer Reihe von Beschlüssen, von denen Mönkemöller zwei abgedruckt hat, dahin, daß unter Vorbesuchen nur Untersuchungen außerhalb der Wohnung bezw. der Anstalt zu verstehen seien.

So klar ist die Sache aber nun doch nicht. Ich kann zum Beweise Entscheidungen eines Landgerichts vom 20. April und 25. Juni 1912 vorlegen, in denen ausgeführt wird, als Vorbesuch sei jede zur Vorbereitung eines zu erstattenden Gutachtens dienende Untersuchung anzusehen und dieser Auffassung stehe „die Entstehungsgeschichte des Gesetzes, insbesondere die Kommissionsverhandlungen des Hauses der Abgeordneten" nicht entgegen. Ich besitze auch die Entscheidung des Zivilsenats (allerdings eines Einzelrichters) eines Oberlandesgerichts vom 29. März 1912, in der die vorher erfolgte Absetzung der Gebühren für Vorbesuche in der Anstalt auf meine Beschwerde hin zurückgenommen wird, und zwar mit der Begründung, daß die Absetzung „durch die wenig glückliche Wahl des Ausdrucks „Vorbesuch" in Ziff. 17 des Tarifs vom 14. Juli 1909 veranlaßt worden" sei, der zu Zweifeln und zu der Auffassung geführt habe, daß unter Vorbesuchen im Sinne dieser Bestimmung nur Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes oder der Anstalt zu verstehen seien, eine Auffassung, an der aber der unterzeichnete

Richter nach nochmaliger Prüfung der Frage nicht festhalten zu können glaube.

Indessen sind diese Entscheidungen von denen des Oberlandesgerichts überholt. Dieses höhere Gericht verkennt übrigens auch nicht die Schwierigkeit der Auslegung der Bestimmungen. In Beschlüssen, die mir auf meine Beschwerden hin zugegangen sind, finden sich folgende Sätze: „Was unter Vorbesuch zu verstehen ist, darüber ist weder im Gesetz noch im Tarif etwas gesagt." „Zuzugeben ist allerdings, daß der Wortlaut des Satzes 2 Abs. 1 Ziff. 17 des Gebühren-Tarifs für Kreisärzte zu Zweifeln Veranlassung gibt. Die Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift läßt jedoch den vom Gesetzgeber mit ihr verbundenen Sinn unzweideutig erkennen." „Dem Beschwerdeführer ist allerdings zuzugeben, daß ohne Kenntnis der Entstehung der Ziff. 17 des Tarifs der Wortlaut zu Zweifeln über die Bedeutung des Ausdruckes „Vorbesuch" Veranlassung gibt. Die Kommission des Abgeordnetenhauses, auf die der Wortlaut zurückgeht, mag sie aber für ausgeschlossen erachtet haben einesteils, weil schon zur Zeit des Erlasses des Gesetzes unter Vorbesuchen Untersuchungen außerhalb des gewöhnlichen Bereichs der beruflichen Tätigkeit des Arztes verstanden wurden, anderenteils auch der gewöhnliche Sprachgebrauch unter Besuch das Aufsuchen einer Person unter Zurücklegung eines Weges versteht."

Daß nun aus der Entstehungsgeschichte des Tarifs sich der Sinn des Wortes „Vorbesuch" „unzweideutig" erkennen läßt, scheint mir im Hinblick auf die Entscheidungen anderer höherer Gerichte, die einen ganz entgegengesetzten Standpunkt vertreten, doch wohl nicht zuzutreffen.

Der Beschluß des preuß. Kammergerichts, zweiter Strafsenat, vom 20. Sept. 1912 (abgedruckt in der Beilage zur Zeitschr. für Medizinalbeamte, 1913, Nr. 3) erklärt sogar die Ansicht des Herrn Ministers der geistlichen usw. Angelegenheiten in dem Erlaß vom 17. Dezember 1910, wonach unter Vorbesuchen im Sinne der Tarifstellen A 3, 13, 17 nur Besuche zu verstehen seien, die der Anstaltsarzt außerhalb der Anstalt mache, als mit dem Wortlaut des Gesetzes unvereinbar und vertritt die Auffassung, daß das Gesetz vom 14. Juli 1909 „die früher streitig gewesene Frage über die Berechnung von Vorbesuchen zugunsten der Anstaltsärzte entschieden" hat und daß nach Tarif A 3 als Vorbesuche „auch Besuche, die der Anstaltsarzt dem Kranken in der Anstalt macht", gelten.

Damit hat das Kammergericht auch ausgesprochen, daß man als Anstaltsarzt einem Kranken in der Anstalt einen Besuch „machen" kann. Das entspricht dem allgemeinen Sprachgebrauch jedenfalls mehr als die Ansicht, man könne als Anstaltsarzt von Anstaltskranken nur Besuche „empfangen". Denn in Wirklichkeit sprechen wir Anstaltsärzte nicht nur davon, daß wir die Kranken auf den Abteilungen besuchen, sondern wir müssen die zu Begutachtenden besonders außerhalb der gewöhnlichen ärztlichen Rundgänge, bei denen man sich nicht längere Zeit, geschweige denn, wie es nicht selten notwendig ist, stundenlang mit einem Einzelnen befassen kann, zur Untersuchung aufsuchen, d. h. „besuchen". Im Hinblick auf die Darstellungen Mönkemöllers über die Entfernungen in den modernen Anstalten kann ich es mir schenken, hierauf weiter einzugehen.

Zum Beweise dafür, daß auch an höherer Stelle die Unklarheit des Tarifs nicht verkannt wird, kann ich einen Beleg beibringen. Der Herr Justizminister hat auf meinen an den Oberstaatsanwalt gerichteten Antrag, eine gerichtliche Entscheidung über meine Beschwerde wegen Absetzung von Gebühren für Vorbesuche herbeizuführen, folgenden vom 27. Juni 1912 datierten Bescheid erlassen: „Ihrem Antrag . . . läßt sich nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht entsprechen, da Sie von der Staatsanwaltschaft als Sachverständiger zugezogen worden sind und die Anweisung Ihrer Gebühren durch diese und nicht durch das Gericht erfolgt ist. Die Beschwerde ist deshalb mir zur Entscheidung vorgelegt worden. Ich habe indessen diese Entscheidung vorläufig ausgesetzt, da über die streitige Gebührenfrage zur Zeit Erwägungen schweben, deren Abschluß erst in einiger Zeit zu erwarten ist. Bis zur Erteilung eines endgültigen Bescheids wird von einer Wiedereinziehung der angeblich zuviel gezahlten Gebühren abgesehen werden." Weiter habe ich noch nichts erhalten.

Hoffen wir, daß bei diesen Erwägungen die Erkenntnis, wie umfangreich und schwierig in so vielen Fällen die Arbeit bei Erstattung psychiatrischer Gutachten ist und wie wenig oft die Entlohnung der Mühe entspricht, mitwirkt, eine Erkenntnis, die jeder einzelne Jurist, nicht nur der Rechtsanwalt, sondern auch der Richter im persönlichen, nicht amtlichen Gespräch zu haben scheint, die aber in amtlichen Entscheidungen dem Wortlaut des Gesetzes untergeordnet werden muß. Peretti-Grafenberg.

Der österreichische Strafgesetzentwurf und die öffentlichen Heilanstalten für Geisteskranke.

Referat, im Auftrage des Salzburger Landesausschusses erstattet
bei der Hauptversammlung des psychiatrischen Verbandes in Prag am 11. Oktober 1912.

Von Dr. jur. *Karl Grassberger*, Landessekretär in Salzburg.

(Schluß.)

F. Eigenmächtige ärztliche Behandlung.

Unter diesem Titel bestimmt der § 325:

„1. Wer einen anderen wider dessen erklärten oder aus den Umständen zu erschließenden Willen ärztlich behandelt;

2. wer einen anderen, der das 16. Lebensjahr nicht vollendet hat oder mangels geistiger Reife oder Gesundheit oder wegen Störung des Bewußtseins die Notwendigkeit der Behandlung nicht zu beurteilen vermag, wider den erklärten oder aus den Umständen zu erschließenden Willen des gesetzlichen Vertreters ärztlich behandelt;

wird wegen Vergehens mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu zweitausend Kronen bestraft.

Wer die Tat begeht, um einen anderen aus Lebensgefahr zu retten, ist wegen eigenmächtiger ärztlicher Behandlung nicht strafbar."

Das ist ein besonders kritischer Paragraph. Er ist allerdings einer guten Absicht entsprungen: wie der Motivenbericht ausführt, schützt dieser Paragraph auch die Interessen der Ärzte; denn indem er die eigenmächtige Behandlung zu einem besonderen (unter die strafbaren Handlungen gegen die persönliche Freiheit rangierenden) Vergehen macht, erkläre er mittelbar, daß sie (abgesehen von einem Kunstfehler) als Körperbeschädigung nicht in Betracht komme. Der § 325 soll also nicht nur das Publikum vor eigenmächtiger ärztlicher Behandlung, sondern auch die Ärzte vor der Gefahr schützen, im Falle eigenmächtiger ärztlicher Behandlung wegen Körperbeschädigung verfolgt zu werden. Nach dem bisherigen Strafgesetze, welches für die vorsätzliche Körperbeschädigung eine feindselige Absicht voraussetzt, war diese letztere Gefahr wohl sehr gering. Der Motivenbericht verweist auch nur auf Fälle, die sich in Deutschland — also unter der Herrschaft eines anderen Gesetzes — ereignet haben. Nach der Definition, die der Entwurf (§ 296ff.) über Körperbeschädigungen enthält, wäre der Arzt jedoch in dem vom Motivenbericht geäußerten Sinne schon eher gefährdet. Die Aufnahme einer Bestimmung, welche die eigenmächtige ärztliche Behandlung von der Subsumtion unter die Bestimmungen über Körperbeschädigungen ausschließt, ist daher an sich folgerichtig. Richtig ist auch, daß durch den § 325 die Anwendbarkeit der allgemeinen, eine strengere Strafdrohung enthaltenden Bestimmung des § 321 Punkt 1 über die Nötigung*) auf Fälle eigenmächtiger ärztlicher Behandlung ausgeschlossen wird.

*) „Wer jemanden zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung, zu der dieser nicht verpflichtet ist, dadurch nötigt, daß er gegen ihn Gewalt anwendet oder ihn oder eine ihm nahestehende Person mit Gewaltanwendung bedroht, wird mit Gefängnis oder Haft von zwei Wochen bis zu zwei Jahren bestraft."

Es soll daher nicht geleugnet werden, daß der § 325 auf einem richtigen (nämlich durch den Zusammenhang mit den übrigen Bestimmungen des Entwurfes gerechtfertigten) Grundgedanken beruht.

Eine andere Frage ist es, ob der Entwurf für den an sich folgerichtigen Gedanken die richtige Form gefunden hat.

Es muß vor allem festgestellt werden, daß der § 325 eine Lücke aufweist. Der Punkt 1 setzt allem Anscheine nach voraus, daß der zu Behandelnde urteilsfähig ist, der Punkt 3 setzt dagegen voraus, daß der nicht urteilsfähige Kranke einen gesetzlichen Vertreter hat. Es gibt aber noch einen dritten Fall, nämlich den, daß der nicht urteilsfähige Kranke keinen gesetzlichen Vertreter besitzt. Dieser Fall wird gerade am allerhäufigsten vorkommen. Denn ganz abgesehen davon, daß auch der juristisch Handlungsfähige in der Mehrzahl der Fälle viel zu wenig gebildet sein wird, um „die Notwendigkeit der Behandlung beurteilen" zu können, ganz abgesehen hiervon, muß man in Betracht ziehen, daß überall dort, wo der Patient durch einen akuten Krankheitszustand in seinem Bewußtsein gestört ist, oder wo die Geisteskrankheit plötzlich aufgetreten ist, die ärztliche Behandlung in einem Zeitpunkt einzugreifen haben wird, in welchem ein Kurator noch nicht bestellt ist, ja die Notwendigkeit einer Kuratelverhängung oft noch gar nicht feststeht. Wenn ein solcher, der ärztlichen Behandlung widerstrebender Patient in Lebensgefahr schwebt, legt der § 325 dem helfenden Einschreiten des Arztes kein Hindernis in den Weg; wie aber, wenn eine eigentliche Lebensgefahr zwar noch nicht vorhanden, die ärztliche Behandlung aber trotzdem im Interesse des Kranken, seiner Familie, der Allgemeinheit gelegen ist und von den Angehörigen des Kranken gewünscht wird? — Ist hier die ärztliche Behandlung des widerstrebenden Kranken zulässig, weil der Wille des Geistesgestörten nicht maßgebend sein kann? — Oder ist sie unzulässig, weil ein gesetzlicher Vertreter, der an Stelle des Kranken zur Willensäußerung berufen wäre, noch nicht ernannt ist?

Eine Gesetzesanwendung, die für die Aufgaben des ärztlichen Berufes Verständnis hat, wird sich in einem solchen Falle allerdings für die Zulässigkeit der ärztlichen Behandlung aussprechen. Aber es ist keineswegs sicher, daß die Praxis der Gerichte sich einheitlich zu dieser Auffassung bekennen wird.

Allein, selbst wenn diese Auffassung in der Praxis allgemein zum Durchbruch kommen sollte, ja gerade dann würde der § 325 noch immer eine Quelle von Konfliktsmöglichkeiten und Meinungsverschiedenheiten bleiben. Es werden häufig Grenzfälle vorkommen, wo die Frage, ob eine Lebensgefahr vorliegt oder nicht, ob der widerstrebende Kranke geistig gesund

und urteilsfähig ist oder nicht, zweifelhaft ist; Fälle, in denen der geistig Erkrankte zwar einen Kurator hat, die Geistesstörung aber keine derartige ist, daß man ohne weiteres mit Sicherheit sagen könnte, die Voraussetzungen, unter welchen gemäß § 325 Zl. 2 die Zustimmung des Kurators an Stelle des Widerspruches des Kranken maßgebend ist, seien gegeben; und Fälle, in welchen der gesetzliche Vertreter, der an Stelle des Kranken seine Zustimmung zu erteilen oder abzulehnen hat, der nötigen Einsicht ermangelt.

Der § 325 kann in besonderem Grade auch den Irrenärzten nachteilig werden, weil ja doch kein anderer Arzt so häufig Gelegenheit hat, sich mit Grenzfällen zu beschäftigen und Geisteskranke, für die noch kein Kurator bestellt ist, zu behandeln. Das Entmündigungsverfahren dauert oft mehrere Monate, und auch nach dem Entmündigungsgesetzentwurf werden zum mindesten einige Tage verstreichen, bis ein vorläufiger Beistand aufgestellt ist. Die Nachteile werden sich namentlich bei der psychiatrischen Behandlung außerhalb der Anstalten geltend machen, weil sich hier der Arzt nicht durch die Einhaltung der Aufnahmsvorschriften decken kann. Aber auch die Anstaltsbehandlung wird die Folgen des § 325 zu spüren haben; insbesondere wird das Verhältnis zum Kurator sich oft recht kompliziert gestalten.

Aus den Ausführungen des Motivenberichtes (S. 290), wo die ärztliche Behandlung als „ein zu Heilzwecken an dem Kranken vorgenommener Eingriff" definiert und betont wird, „der Begriff ärztliche Behandlung umfasse sowohl den chirurgischen Eingriff, wie die innere Behandlung", und wo „die Verfügungsfreiheit des Kranken über seinen Körper" als das durch den § 325 geschützte Rechtsgut bezeichnet wird, gewinnt man den Eindruck, als hätten die Verfasser des Entwurfes im Zusammenhange des § 325 an die irrenärztliche Behandlung überhaupt nicht gedacht. Nach dem strikten Wortlaute des Gesetzestextes, der schlechthin von ärztlicher Behandlung spricht, wird aber dieser § 325 dessenungeachtet auch auf die psychiatrische Behandlung Anwendung finden und ich habe es deshalb für notwendig gehalten, darauf hinzuweisen, daß dieser Paragraph zu einer Quelle zahlreicher, auch bei strengster Gewissenhaftigkeit nicht immer vermeidbarer Konflikte werden kann, daß er den Irrenärzten ihre Aufgabe erschweren, den Querulanten hingegen manche erwünschte Handhabe bieten wird.*)

Der Motivenbericht belehrt uns, daß eine Bestimmung, wie sie der § 325 über die eigenmächtige ärztliche Behandlung enthält, in keinem anderen Kulturstaate — mit Ausnahme Neuseelands — zu Recht bestehe. Der k. k. oberste Sanitätsrat habe gegen sie keine Einwendung erhoben.

Erwähnt sei, daß gemäß § 6 nur eine vorsätzlich eigenmächtige Behandlung den Arzt strafbar macht, und daß, wie der Motivenbericht (S. 290) hervorhebt, nur eine Behandlung gegen den (erklärten oder aus den Umständen zu schließenden) Willen des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters, nicht auch eine Behandlung ohne Einwilligung des Kranken den Arzt nach § 325 strafbar machen kann. Diese Einschränkungen genügen jedoch nicht, die gegen die vorliegende Fassung des § 325 sprechenden Bedenken zum Schweigen zu bringen.

Mag daher der § 325 auch, wie der Motivenbericht mitteilt, Anregungen aus ärztlichen Kreisen entsprungen sein, so glaube ich doch nicht, daß die Ärzte sich mit der Form, in welche der angeregte Gedanke gebracht wurde, einverstanden erklären werden — eine Ansicht, in der mich die vortrefflichen Ausführungen von Dr. Gruß in der ärztlichen Reformzeitung (Nr. 15 ex 1912) bestärken.

Ich eile zum Schlusse! Wenn ich meine Ausführungen zurückschauend überblicke, so nehme ich wahr, daß die Freudigkeit, mit der ich den Entwurf begrüßte, während meiner Ausführungen nicht ununterbrochen vorgehalten hat. Es würde mir leid tun, wenn ich Sie hierdurch gegen den Entwurf als Ganzes verstimmt hätte. Vergessen wir nicht, daß der Entwurf große kriminalpolitische und sozialpolitische Gedanken zu verwirklichen strebt, daß die Bestimmungen über die Verwahrung Gemeingefährlicher einen außerordentlichen Fortschritt bedeuten, und daß schon in Anbetracht dieser Bestimmungen die Vorzüge des Entwurfes seine Nachteile in erheblichem Maße überwiegen. — Vergessen wir auch nicht, daß die Mängel die wir in einzelnen Paragraphen des Entwurfes gefunden zu haben glauben, ohne besondere Schwierigkeiten ausgemerzt werden können. Vielfach sind es nur Unvollständigkeiten in der Stilisierung des Gesetzestextes, die uns manchen Paragraphen als gefährlich erscheinen lassen, dem vielleicht eine ganz unanfechtbare Absicht der Verfasser zugrunde liegt. Wenn wir uns gegen diese Unvollständigkeiten wenden, wenn wir bestrebt sind, sie zu verbessern, so geschieht es nicht, um an dem Entwurf in kleinlicher Weise zu nörgeln, sondern es geschieht aus dem Gefühl der Verpflichtung heraus, einem so groß entworfenen Werke eine Gestalt zu geben, die den tatsächlichen Lebensverhältnissen und Bedürfnissen vollauf entspricht. Es wird Sache der Länder sein, den Entwurf, soweit er die ihrer Verwaltung anvertrauten öffentlichen Angelegenheiten berührt, in seinen guten Teilen zu fördern, in seinen mangelhaften

---

*) Die erwähnten Ausführungen des Motivenberichtes sind übrigens wichtig für die Beurteilung des Verhältnisses des § 325 zum § 315. Während der Motivenbericht die „eigenmächtige ärztliche Behandlung" nach § 325 als eine Verletzung der Verfügungsfreiheit des Kranken über seinen Körper bezeichnet, definiert er (S. 283) die Freiheitsentziehung des § 315 als „Hinderung der Bewegung im Raume." Daraus ergibt sich, daß auch dann, wenn der Arzt den Patienten zum Zwecke der ärztlichen Behandlung „eigenmächtig" in seiner Bewegungsfreiheit beschränkt, die Anwendung des § 315 — eventuell konkurrierend mit § 325 (sogenannte Idealkonkurrenz, vergleiche § 64) — in Frage kommen kann. Denn der § 325 stellt sich auch in diesem Zusammenhange (nach der oben wiedergegebenen Definition des Motivenberichtes) nicht etwa als die speziellere Norm gegenüber der allgemeinen Bestimmung des § 315 dar, die beiden Paragraphen stehen sich vielmehr vollkommen selbständig gegenüber, die Anwendbarkeit des einen schließt die des anderen nicht aus.

Teilen einer Verbesserung zuzuführen; und es wird Sache der Anstaltsärzte sein, die Länder in diesem Bestreben zu unterstützen. Lassen Sie uns vertrauen, daß die Regierung und das Parlament unser Streben würdigen werden; lassen Sie uns hoffen, daß es gelingen werde, das große Werk, das der Strafgesetzentwurf ohne Zweifel ist, von seinen Schlacken zu läutern und dem geläuterten Werke den Weg zur Gesetzgebung in unserer, der Entstehung großer Gesetzeswerke so wenig günstigen Zeit zu ebnen. Lassen Sie uns mitarbeiten an der Schaffung eines Gesetzes, das die Grenzen der Rechtsphären nicht verwischt, sondern klärt, und das alle, die das Gute wollen, befriedigt.

Anhang.

Thesen und Anträge.

1. Die Absicht des Strafgesetzentwurfes, für die Verwahrung gemeingefährlicher Irrer (§ 36), Minderwertiger (§ 37), Verbrecher (§ 38) und Trunksüchtiger (§ 243) im Rahmen des Strafrechtes Vorsorge zu treffen und diese Verwahrung in staatlichen Detentionsanstalten vollziehen zu lassen, ist geeignet, eine epochemachende Reform der Strafgesetzgebung herbeizuführen und muß daher auf das lebhafteste begrüßt werden.

Die baldige Verwirklichung dieser Absicht ist als eine dringende Notwendigkeit zu betrachten, nicht nur im allgemeinen öffentlichen Interesse, sondern auch im Interesse des Betriebes der öffentlichen Irrenanstalten, deren Befreiung von den Kriminellen einen längeren Aufschub nicht duldet.

2. Es ist ferner zu begrüßen, daß — wie sich aus der Auslegung des § 537 des Entwurfes zur Abänderung der Strafprozeßordnung im Zusammenhalte mit den aufrechtbleibenden Bestimmungen der §§ 380 bis 388 und 391 bis 395 der geltenden Strafprozeßordnung ergibt — die Tragung der vom Verwahrten nicht einbringlichen Verwahrungskosten (ebenso wie die der uneinbringlichen Strafvollzugskosten) dem Staate auferlegt wird.

Es muß aber gewünscht werden, daß dieser richtige Grundsatz zur Vermeidung jedweden Mißverständnisses im Gesetze *expressis verbis* zum Ausdruck gebracht werde.

3. Dagegen ist die Anordnung des Artikels 55 des Einführungsgesetzentwurfes, daß während der Übergangszeit („Bauzeit") die vom Strafgerichte gemäß §§ 36, 37 oder 243 StGE. angeordnete Verwahrung eventuell in öffentlichen Irrenanstalten zu vollziehen sei, unannehmbar, weil diese Anordnung — zumal bei der ungewissen Dauer der Bauzeit — das Übel, von dem die öffentlichen Irrenanstalten alsbald befreit werden sollen, vergrößern wird, anstatt es zu beheben, und weil die Irrenanstalten als Heil- und Pflegeanstalten auch nicht die Eignung besitzen, den Zweck der vom Strafgerichte angeordneten Sicherungsdetention zu erfüllen.

Insbesondere ist gegen eine Verwendung der öffentlichen Irrenanstalten für die im *Anschluß an den Strafvollzug* durchzuführende Verwahrung gemeingefährlicher Minderwertiger (§ 37) und Trunksüchtiger (§ 243) Stellung zu nehmen.

4. Abzulehnen ist ferner die im Artikel 55 (zweiter Satz im zweiten Absatz) des Einführungsgesetzentwurfes enthaltene Bestimmung, daß die Kosten der im Sinne des Strafgesetzentwurfes vom Strafgerichte angeordneten Verwahrung zahlungsunfähiger geisteskranker Inländer, wenn diese Verwahrung während der Übergangszeit in einer öffentlichen Irrenanstalt vollzogen wird, vom Heimatlande zu tragen seien; denn es liegt kein Grund vor, Kosten, die nach Errichtung der staatlichen Anstalten der Staat zu tragen haben wird, während der Bauzeit den Ländern aufzubürden, und es geht nicht an, die im Strafgesetzentwurfe vorgesehene gänzlich neue Art der Verwahrung auch nur vorübergehend den Bestimmungen des Gesetzes vom 7. Februar 1864 R.-G.-Bl. Nr. 22 zu subsumieren.

Die erwähnte Bestimmung des Artikels 55 EGE. wäre auch geeignet, hinsichtlich der Kosten der nach §§ 134 Abs. 3 und 4 und 503 Abs. 3 StPE. angeordneten Verwahrung einer unrichtigen, den Ländern nachteiligen Gesetzesauslegung Raum zu geben.

5. Die Bestimmungen über die *Dauer der Verwahrung* und über die *Behandlung der Verwahrten* sind [mit Ausnahme der für die Verwahrung gemeingefährlicher Verbrecher (§ 38) festgesetzten zeitlichen Begrenzung] als zweckentsprechend zu bezeichnen; durch eine sachgemäße Anwendung dieser Bestimmungen kann der Gefahr, daß die Verwahrung von den Minderwertigen und Verbrechern als eine erstrebenswerte Versorgungsmaßregel empfunden werde, wirksam vorgebeugt werden.

6. Hingegen sind in bezug auf die *Anwendung* der Sicherungsmaßregeln namentlich folgende Fragen einer eingehenden Prüfung zu unterziehen:

a) ob es zweckmäßig sei, die Zulässigkeit der Verwahrung nach §§ 36, 37 und 243 St.-G.-E. davon abhängig zu machen, daß der zu Verwahrende *eine mit mehr als sechsmonatlicher Freiheitsstrafe bedrohte Tat* begangen habe;

b) ob es zweckmäßig sei, die Anwendbarkeit der §§ 36 und 37 an die Voraussetzung zu knüpfen, daß die Zurechnungs*un*fähigkeit bezw. die „verminderte Zurechnungsfähigkeit" *schon im Zeitpunkte der Begehung der Tat* vorhanden war;

c) ob für jene Fälle, wo die Gemeingefährlichkeit durch eine weniger schwere Tat enthüllt wird, sich nicht die Einführung einer *bedingten* Verhängung der Verwahrung (analog der bedingten Strafnachsicht des § 51 StGE.) empfehle;

d) ob nicht auch die Verhängung des Wirtshausverbotes und ähnlicher Freiheitsbeschränkungen (Pollard-System?) als *Sicherungsmaßregel* über gemeingefährliche Trunksüchtige (eventuell in Verbindung mit einer der Polizeiaufsicht ähnlichen Überwachung) im Gesetze als zulässig erklärt werden soll. Die Undurchführbarkeit des Wirtshausverbotes in größeren Städten spricht nur gegen dessen obligatorische, nicht aber auch gegen dessen fakultative Anwendung.

7. Mit Rücksicht auf die enge Beziehung der Bestimmungen über die Verwahrung Gemeingefährlicher zum Irrenrechte wäre die Einbringung eines Irrenfürsorgegesetzentwurfes verfrüht, solange das neue Strafrecht nicht Gesetzeskraft erlangt hat; denn erst aus der endgültigen Fassung des Strafgesetzes wird man ersehen können, welche Lücken ein Irrenfürsorgegesetz auszufüllen haben wird.

8. Der die „Verschweigung entlastender Umstände" betreffende § 192 des Strafgesetzentwurfes wäre abzuändern, weil er in seiner gegenwärtigen Fassung auf das Vertrauensverhältnis des Arztes zu seinem Patienten oder dessen Angehörigen nicht Bedacht nimmt.

9. Die §§ 199 und 255 des Strafgesetzentwurfes bedürfen einer Präzisierung dahingehend, daß durch diese Bestimmungen auch der strafrechtliche Schutz der öffentlichen Irrenanstalten gegen Anstiftungen und Beihilfe zu Fluchtversuchen in zweifelfreier Weise sichergestellt werde.

10. Es ist in Erwägung zu ziehen, ob und inwieweit die von der „Freiheitsentziehung" handelnden §§ 315 und 316 des Strafgesetzentwurfes vom Standpunkte der öffentlichen Irrenanstalten einer Abänderung bedürfen, um Rechtsunklarheiten vorzubeugen.

11. Der § 325 über die „eigenmächtige ärztliche Behandlung" nimmt zu wenig Rücksicht auf die besonderen Bedingungen der ärztlichen Behandlung geisteskranker Personen und wäre einer durchgreifenden Änderung zu unterziehen.

12. Von den Mängeln einzelner Bestimmungen abgesehen, erscheint der Entwurf auch vom Standpunkte der den Ländern anvertrauten öffentlichen Irrenpflege im großen und ganzen als geeignet, eine wesentliche Verbesserung des bestehenden Zustandes herbeizuführen. Es wäre deshalb unter Erstattung geeigneter Abänderungsvorschläge durch eine gemeinsame Aktion der Landes-Ausschüsse auf eine baldige Gesetzwerdung des Entwurfes mit allem Nachdrucke hinzuwirken.

Veronacetin als Hypnotikum und Sedativum in der psychiatrischen Praxis.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

Auch wenn man sich von dem nicht so selten gemachten Vorwurfe, daß in der psychiatrischen Praxis an Stelle der mechanischen Beschränkungsmittel die chemische Zwangsjacke getreten sei, frei weiß, wird man es sich zum Grundsatze machen müssen, daß man bei der Anwendung der Hypnotika in der Psychotherapie immer danach zu streben hat, daß die Beruhigung mit möglichst geringen Dosen erreicht werden muß, und daß der Organismus des Kranken möglichst wenig von dem medikamentösen Mittel berührt und erschüttert wird, so weit das eben bei der Natur der Sache möglich ist. Die Eigenschaften, die von einem Hypnotikum und Sedativum für psychische Kranke zu verlangen sind, sind die allbekannten:

Es soll wirksam sein, ohne die Kranken zu schädigen. Es darf keine unangenehmen Nebeneigenschaften haben. Es muß leicht genommen werden können. Man muß es eventuell dem Kranken, auch ohne daß er es merkt, im Essen beibringen können. Es darf nicht bei längerem Gebrauche an Wirksamkeit einbüßen. Schließlich soll es, was in einem großen Anstaltshaushalte von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist, nicht zu teuer sein. Je größer die Auswahl unter derartigen Mitteln ist, um so sicherer hat man es in der Hand, die Gewöhnung an ein solches Mittel, die eine Dauerwirksamkeit unmöglich macht, zu vermeiden.

Als willkommene Bereicherung kann das Veronacetin in den Kreis der Hypnotika und Sedativa einbezogen werden. Es ist ein Ersatz für das an und für sich ganz ausgezeichnete Veronal, dem ja abgesehen davon, daß es in manchen Fällen Vergiftungserscheinungen nach sich zog, der Nachteil anhaftet, daß sich bei einer wirksamen Dosis von Veronal (0,6 g) manchmal am anderen Morgen ein leichtes Kopfweh wie nach einer Alkoholintoxikation einstellt. Noch häufiger wird dann Müdigkeit und Eingenommenheit des Kopfes wahrgenommen.

Zur Verhütung dieser Nachteile ging v. Noorden*) von dem alten Gesetze aus, daß die Wirkung eines Mittels durch die Verbindung mit einem anderen von gleichen Eigenschaften gesteigert wird.

Traube**) hat ja noch vor kurzem auf diesen Vorzug gemischter Arzneimittel hingewiesen, denen gegenüber den einheitlichen Arzneimitteln eine potenzierte Wirkung zukomme.

Außerdem habe man es neben der Möglichkeit, die gewünschte Wirkung zu verstärken, gerade durch eine solche Kombination in der Hand, unerwünschte Nebenwirkungen eines Mittels zu mildern oder

*) v. Noorden, Bemerkungen über Veronal. Therapie der Gegenwart, 1911.

**) Traube, Über Arzneimittel und Gifte. Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 31.

ganz zu beseitigen. Das erklärt sich nach Buergi*) dadurch, daß die Zelle in der Zeiteinheit aus zwei verschiedenen Medikamenten mehr als aus einem Mittel aufnehmen könne, weil es für jedes einen eigenen Rezeptor habe.

Nachdem Kobert**) das Natrium diäthylbarbituricum als das wertvollste neue Mittel der ganzen Gruppe bezeichnet hatte, stellte v. Noorden fest, daß 0,3 g Veronal vereinigt mit Phenacetin und Codein die gleiche schlaferzeugende Wirkung habe, wie die Dosis von 0,6 Veronal ohne Zusatz.

Auf seine Anregung wurde von Gebrüder Weil, Frankfurt a. M., diese Zusammenstellung in handlicher, leicht einnehmbarer Tablettenform hergestellt, und zwar enthalten zwei Tabletten

Natrium diäthylbarbituricum	. 0,3
Phenacetin	 0,25
Codeinum phosphoricum	. . . 0,025.

Als Schlafmittel ist es 2 bis 3 Stunden vor dem Schlafengehen mit Hilfe von etwas Wasser zu nehmen. Wirkt es nicht, so können unbedenklich noch zwei Pastillen genommen werden.

Als Sedativum sollen tagsüber zwei Tabletten und abends zwei bis drei Tabletten gegeben werden.

Die Verbindung mit Codein hat den Vorteil, daß ein eventueller Hustenreiz, der die Schlaflosigkeit befördert, gleichzeitig beseitigt wird.

Bei einzelnen Formen psychischer Erkrankung (epileptischer Erregungszustände, arteriosklerotischer Demenz und bei erregten Senilen) ist das Mittel schon von Bär***) erprobt und empfohlen worden.

Die von v. Noorden aufgestellte Behauptung, daß das Veronacetin ein sehr starkes und dabei völlig harmloses Schlafmittel sei, habe ich zunächst in 18 Fällen von einfacher Schlaflosigkeit bei nicht psychisch Kranken feststellen können. Es betraf Patienten, bei denen die Schlaflosigkeit sich auf Neurasthenie, traumatische Neurose, erschwerte Rekonvaleszenz nach schweren körperlichen Erkrankungen, Oppressionszustände zur Zeit der Menses, Überarbeitung, unangenehme seelische Einwirkungen gründete. Man kam hierbei ausnahmslos mit zwei Tabletten aus, die am zweckmäßigsten ungefähr zwei Stunden vor der Zeit, in der man die Wirkung wünschte, verabfolgt wurden. Unangenehme Nachwirkungen wurden in allen Fällen in Abrede gestellt. Mehrere Patienten, die schon über die Wirksamkeit anderer Hypnotika Erfahrungen hatten und speziell auch das Veronal kannten, hoben spontan hervor, wie angenehm es ihnen sei, daß sie am anderen Morgen frisch und leistungsfähig erwachten.

In einer zweiten Gruppe von Fällen (23) wurde das Mittel bei psychisch Kranken angewandt, bei denen die Schlaflosigkeit durch das Hineinspielen psychischer Krankheitserscheinungen bedingt war, bei denen eine leichte motorische Unruhe bestand, bei denen leichtere Stimmungsschwankungen beeinflußt werden sollten.

In diese Gruppe fielen acht Kranke, die der Paranoiagruppe angehörten (fünfmal Dementia paranoides, dreimal Paranoia chronica), die zum Teil durch ihre Sinnestäuschungen unangenehm beeinflußt wurden, bei denen der Schlaf durch die Umdeutung von Organempfindungen ferngehalten wurde oder leichte halluzinatorische Erregungen zu bekämpfen waren. Recht wirksam erwies sich das Veronacetin bei hysterischen Verstimmungszuständen (3), wie es auch in den depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins (3) seine sedative Wirkung prompt entfaltete. Sehr günstig wurden auch Oppressionszustände, die von einer kortikalen Reizung ausgingen (1), und die leichten Erregungszustände, die auf der Grundlage eines Tumor cerebri einhergingen, beeinflußt.

In den Verstimmungszuständen des klimakteriellen Irreseins (2) wurde die beruhigende Wirkung wohltätig empfunden, ebenso wurden die Abstinenzerscheinungen des chronischen Alkoholismus bei der vollständigen Entziehung des Alkohols durch gleichzeitige Darreichung des Mittels gemildert. Bemerkt sei noch, daß die störenden Symptome gleichzeitig bestehender körperlichen Krankheiten (Myelitis, Tuberkulose) durch das Mittel erträglicher gemacht wurden.

Meist genügte auch in diesen Fällen die Darreichung von zwei Tabletten.

Schließlich wurde das Veronacetin noch als Beruhigungsmittel bei mehr oder minder starken Erregungszuständen benutzt, und zwar bei progressiver Paralyse (fünfmal), bei Idiotie (dreimal), Epilepsie (viermal) und bei Dementia senilis bezw. arteriosklerotischem Irresein (siebenmal).

Am besten bewährte sich die Darreichung bei den Erregungszuständen des Seniums, bei der man auch meistens mit der abends gegebenen Dosis von zwei Tabletten auskam.

In zwei Fällen hielt die beruhigende Wirkung

*) Buergi, Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1909, Nr. 17.

**) Kobert, Über die neuen Mittel des neuen Arzneibuches, Vortrag, gehalten im Rostocker Ärzteverein 1911.

***) Bär, Über Veronacetin, ein aus mehreren Komponenten zusammengesetztes Hypnotikum und Sedativum. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 9, 1912.

auch noch für den Morgen des nächsten Tages vor. Bei den anderen Krankheitsformen mußte man meist zur Darreichung von vier Tabletten schreiten.

Bei den Paralytikern und Idioten wurde in mehreren Fällen keine Wirkung erzielt. Es waren das allerdings solche Kranke, an denen auch andere Mittel von entsprechender Stärke versagten. Mehrere Male wurden sie in Verbindung mit prolongierten Bädern gegeben. Man konnte sie hier anstandslos gleichzeitig anwenden, ohne daß irgendwelche Kollapserscheinungen bemerkt worden wären.

Mehrere Male konnte das Mittel auch Kranken, die sich gegen die Aufnahme von Medikamenten sträubten, in heißer Milch und Suppe beigebracht werden, ohne daß sie es merkten.

Unter Zusammenfassung alles dessen kann man sagen, daß das Veronacetin in der Behandlung psychischer und nervöser Leiden als Hypnotikum und Sedativum seinen Platz verdient, daß schädliche Erscheinungen dabei nicht zur Beobachtung gelangen und daß nicht einmal über unangenehme Begleiterscheinungen geklagt wurde. Für die Anstaltspraxis kann es um so mehr empfohlen werden, als der Preis verhältnismäßig niedrig ist: in der Kassenpackung kosten 100 Tabletten 9 Mark.

Psychosen, Neurosen und Neuritiden.

Eine neurologisch-psychiatrische Zukunftsstudie nebst Nutzanwendung.

Von Dr. med. *Ratner*, Arzt in Wiesbaden.

Nicht bloß einer „ordnungsliebenden Systematik" zuliebe, sondern zur prinzipiellen Unterscheidung der vorwiegend psychischen von den mehr somatischen Störungen sind die anorganischen Krankheiten des Nervensystems in die beiden großen Gruppen der Psychosen und Neurosen von jeher getrennt worden. Aber eine gemeinsame Wurzel haben sie beide, nämlich, wie wir bereits wiederholt hervorgehoben, die mangelhafte Fähigkeit des Darmtraktus, das heterologe Eiweiß der Nahrung homolog zu machen. Es drängt sich nun die Frage auf, wie durch dieselbe Noxe so verschiedenartige Krankheitserscheinungen hervorgerufen werden können. Allein man muß sich nur Rechenschaft über das Schicksal des heterologen Eiweißmoleküls im menschlichen Körper zu verschaffen suchen, um sich den Vorgang klar zu machen.

Was wird aus dem nicht homolog durch den Darm gemachten Eiweiß der Nahrung?

Da gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder das nicht assimilierte Eiweiß wird als Fremdkörper durch den Darm selbst wieder ausgeschieden, dann ist es unschädlich gemacht und hat für den Organismus weiter gar keine Folgen. Oder es zirkuliert als Fremdkörper im Blute und macht den Kreislauf mit. Da gibt es aber wieder zwei Wege. Der erste und einfachste ist: es gelangt von der Darmwand aus in die Kapillaren der Niere und wird wie jedes Toxin mit dem Harn ausgeschieden*). Das wäre der verhältnismäßig günstigste Fall. Allein es könnte auch der Fall eintreten, daß sich das heterologe Eiweiß, bevor es in die Niere gelangt, irgendwo verfängt und dort festsitzt. Denken wir uns, es habe sich an einem Nervenstamm festgesetzt, dann wirkt es, wie jeder Fremdkörper im Organismus, reizend, entzündungserregend. Es entsteht, wie leicht einzusehen ist, eine Neuritis oder Perineuritis, je nachdem der Nerv selbst oder seine Scheide der Sitz des Fremdkörpers ist. Speziell am Gehörnerven bildet sich sogenannte „nervöse Schwerhörigkeit" aus durch Entzündung des nervus vestibularis oder cochlearis! (Im Muskel würde sich entsprechend Muskelrheumatismus oder Myositis einstellen.)

Schwimmt das Eiweißmolekül mit dem Blutstrom einher und macht es nirgends halt, dann bilden sich bald hier, bald dort die verschiedenartigsten vagen neurotischen Erscheinungen (Parästhesien, Algieen usw.). Wird das „landstreichende" Eiweißmolekül auf seiner Wanderung parenteral verdaut, dann entstehen die giftigen Eiweißabbauprodukte, speziell die Diaminosäuren, welche Benommenheit und vorwiegend psychische Störung, also Psychosen hervorrufen, ebenso cardiale Erscheinungen verursachen können (nervöse Herzbeklemmungen, Arrhythmie, Tachy- oder Bradycardie usw.). Verfängt sich das vagierende Eiweißmolekül im Hirn

*) Auch durch die Hautporen kann die Ausscheidung stattfinden, wie überhaupt alle Dermatosen jetzt als anaphylaktische Reaktion aufgefaßt werden, speziell gilt dies von der Urticaria, welche nach Genuß gewisser eiweißreicher Speisen zu entstehen pflegt. Ich hatte noch in der letzten Zeit die Genugtuung, daß ein Kollege, welcher an Urticaria, orthotischer Albuminurie und allgemeiner Nervenschwäche leidet, wie er mir brieflich mitteilte, durch Gebrauch alkalischer Wässer eine Besserung seines Zustandes erzielte, wie ich es in dem Anhang über „Neurotische Albuminurie" als Postulat hingestellt.

oder seinen Häuten, dann kann dadurch Meningitis, Enzephalitis oder vielleicht auch Hirntumor entstehen, je nach Sitz und Reizwirkung. (In der Sackgasse des Typhlon oder gar des Processus vermiformis verfangen, kann das heterologe Eiweiß Perityphlitis oder Appendicitis verursachen, daher die erschreckende Häufigkeit dieser Erkrankungen in unserem „nervösen" Zeitalter!)

Kurz, es sind der Möglichkeit so viele, daß wir, um nicht ermüdend zu wirken, sie gar nicht alle aufzählen wollen, sondern es jedem Vernünftigen überlassen, den Gedanken bis ins Unendliche fortzuspinnen. „Kleine Ursachen große Wirkungen", möchte man da mit Recht ausrufen. Wenden wir uns zur Nutzanwendung in bezug auf die Therapie zu, so ist natürlich, wie ich es bereits anderweitig hervorgehoben, vor allem danach zu trachten, das toxische Eiweiß zur Ausscheidung zu bringen, um dadurch, wenn noch keine großen Gewebsveränderungen eingetreten und Heilung noch möglich, die causa morbi zu beseitigen. Schon die bisherige übliche Therapie der Neurosen und Psychosen bezweckt ja — wenn auch unbewußt — dasselbe. Denn die meisten Nervina und Hypnotika sind ja zugleich Antifebrilia, d. h. Diaphoretika!

Die Neuritis und die Neuralgien zum Beispiel werden ja von jeher neben arzneilichen Diaphoreticis mit Moor- und Fangopackungen sowie durch heiße Umschläge überhaupt behandelt. Was anderes sind diese als Ausscheidungsmittel infolge der sich dabei bildenden Stauungswärme? (Sogar Perityphlitis wird in jüngster Zeit durch heiße Umschläge behandelt, welche doch auch nichts anderes als Ausscheidung bewirken sollen!)

Also die Empirie hat hier — wenn auch unbeabsichtigt — manches Richtige herausgetastet, ebenso wie man schon vor altersgrauer Zeit Erkältungskrankheiten durch Verbarrikadieren der Kranken mit Kissen und Federbetten, und Fernhalten jeglichen frischen Luftzuges kurierte — worüber mancher naturwissenschaftlich Vorgebildete lächelnd die Achseln zucken mochte — aus Empirie, obgleich man von der Theorie der Stauungshyperämie noch nicht die blasse Ahnung damals hatte. Aber berechtigt war diese Methode doch, insofern, als man durch Anhäufung von Stauungswärme den Heilungsprozeß günstig beeinflussen kann, um dadurch die Toxine der Krankheitserreger zur Ausscheidung zu bringen und dieselben unschädlich zu machen. Die Alten handelten blindlings — und waren ahnungslos auf die richtige Fährte geraten, weil die Erfahrung ihre Lehrmeisterin war. Ebenso erging es der bisherigen Behandlung der Neuritiden und Neuralgien. Die heißen Umschläge, die Nervina und Antipyretika halfen, aber natürlich ohne daß man eigentlich wußte warum. Nach unserer Theorie gipfelt die Wirkung dieser Verordnungen und Prozeduren in Ausscheidung resp. Unschädlichmachung der Ursache der Erkrankung, nämlich des heterologen, toxischen Eiweiß, das nicht vom Körper assimiliert werden konnte und daher als giftiger Fremdkörper zirkulierte und die mannigfachen Beschwerden verursachte, gegen die rationell angekämpft werden muß.

Natürlich läßt sich eine Ausscheidung des Toxins außer durch Packungen und heiße Umschläge auch durch diuretische Wässer sowie Diaphoretika in Form von Dampfbädern usw. erzielen.*)

Und die bis jetzt aus Empirie nur bei Neuritiden und Neuralgien übliche Methode sollte für alle Neurosen und Psychosen, nachdem wir als deren Ursache dasselbe Eiweißtoxin erkannt haben, angewandt werden und überhaupt bei allen anorganischen Nervenkrankheiten für immer im Prinzip gültig bleiben: Ausscheidung des heterologen Eiweißtoxins auf jede nur mögliche Weise und in jeder nur möglichen Form. Wie man aber von vornherein das Eindringen des heterologen Eiweiß in den Kreislauf vermeiden, und wie die Diätetik und Prophylaxe dabei zu verfahren haben, darüber habe ich in meiner früheren Arbeit über „Grundlinien einer rationellen zukünftigen Therapie der anorganischen Nervenkrankheiten" des Näheren auseinandergesetzt. Was dort für die Neurosen gilt, das soll ebenso für die Behandlung der Neuritiden und Psychosen grundlegend sein.

*) Das einfachste und natürlichste Diaphoreticum ist: sich in den Schweiß laufen, allein das ist nicht jedermanns Sache!

Mitteilungen.

— **Das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der Psychiatrie** (vgl. Nr. 44, Seite 528 bis 530 dieser Zeitschrift). San.-Rat Dr. Fauser veröffentlicht in Nr. 7 vom 13. Februar 1913 der „Deutschen med. Wochenschrift": „Weitere Untersuchungen (3. Liste) auf Grund des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens". Sie erstrecken sich auf 33 Fälle: I. Psychosen bei Schilddrüsenerkrankungen (in sämtlichen Fällen Schilddrüsenvergrößerung), Fall 56 bis 59. II. Dementia praecox ohne sichtbare

Schilddrüsenerkrankung, Fall 60 bis 71. III. Lues, Fall 72. IV. Metalues, Fall 73 und 74. V. Varina, Fall 75 bis 88. — Fauser verfährt jetzt bei der Verarbeitung der Organe aseptisch. Die Organe werden nach Abderhaldens Vorschrift in ihren Kochwässern zwischen einer Chloroform- und Toluolschicht aufbewahrt. In weitaus den meisten Fällen wurde die Probe auch mit inaktiviertem Serum gemacht; niemals erhielt er dann positive Resultate. Auch wurden tunlichst nur solche Dialysierschläuche verwendet, die bei der Probe mittels Wittepeptons eine gleichmäßige, mittlere Dialysierfähigkeit ergeben hatten, keine Durchlaßfähigkeit für unabgebautes (verdünntes) Hühnereiweiß. Zwar läßt sich der Gradunterschied in der Durchlaßfähigkeit der Dialysierhülsen trotz Auslese nicht ganz beseitigen und er muß sich namentlich bei Anwesenheit einer nur geringen Menge Schutzferments störend geltend machen, auch müsse man an zeitliche Schwankungen bezüglich Quantität der vorhandenen Schutzfermente oder an zeitweises völliges Fehlen denken. Trotz der infolgedessen ausnahmsweise einmal bei einem Falle möglichen Unsicherheit glaubt F., daß seine Resultate im wesentlichen den Tatsachen entsprechen. Er hat stets tunlichst Sorge getragen, daß ein und dasselbe Organ resp. ein und dasselbe Serum gleichzeitig sowohl solchen Seris resp. Organen ausgesetzt wurde, bei denen ein Abbau, wie solchen, bei denen kein Abbau zu erwarten war; auch wurden von Zeit zu Zeit Kontrollen mit Gesundensera vorgenommen.

Fauser glaubt folgendes schon jetzt vermutungsweise aussprechen zu dürfen:

„1. Für die Mehrzahl der Fälle der „Dementia praecox"-Gruppe (nach meinen Eindrücken besonders der „hebephrenischen" Formen) kommt als das „primär" Schädigende eine „Dysfunktion" (d. h. eine Störung des Zellstoffwechsels) der Geschlechtsdrüsen, für die Minderzahl [nach meinen bisherigen Eindrücken handelt es sich hier außer den Fällen, die man schon jetzt als „thyreogenes Irresein" (selbstverständlich abgesehen von Myxödem etc.) bezeichnet hat, namentlich um gewisse „katatonische" Erregungszustände] eine Dysfunktion der Schilddrüse in Betracht (daß eine Dysfunktion nur dieser beiden Organsysteme in Frage stehe, vermag ich bis jetzt weder zu behaupten noch zu verneinen). Worauf die Dysfunktion der genannten Drüsen weiterhin zurückzuführen ist, kann vorerst nur vermutet werden: bei den Geschlechtsdrüsen wird man in erster Linie an hereditäre, bei der Schilddrüse mindestens zum Teil an erworbene Eigenschaften denken müssen. Das von diesen Drüsen in das Blut abgegebene, nicht oder ungenügend oder falsch abgebaute, jedenfalls also „blutfremde" Organeiweiß regt dann die Leukozyten zur Produktion eines spezifischen Ferments an, durch das jenes Organeiweiß weiterhin gespalten wird: die dabei auftretenden Zwischenprodukte (oder wenigstens ein Teil derselben) wirken dann weiterhin schädigend auf die Hirnrinde und bewirken auch hier eine „Dysfunktion", die sich klinisch in bestimmten Krankheitssymptomen, serologisch in dem Nachweis eines zweiten Schutzferments, nämlich gegen Hirn, resp. in dem daran erkennbaren Übertritt von blutfremdem Gehirnmaterial ins Blut äußert; von den dabei auftretenden Zwischenprodukten (möglicherweise auch von dem Ferment) werden wiederum Störungen der Hirnrinde zu erwarten sein (cfr. dazu meine eingehenderen früheren Ausführungen).

Ich füge, auf früheres zurückkommend, hier noch an, daß ich bis jetzt bei Sera von Dementia präkox-kranken Männern niemals einen Abbau von Ovarium, von Dementia praecox-kranken Frauen niemals einen Abbau von Testikel feststellen konnte; ferner, daß sich auch die Geschlechtsdrüsen von ganz alten Männern und Frauen für den Versuch als brauchbar erwiesen haben . . ." Auf manche hierher gehörige Erörterungen verzichtet Fauser unter Verweisung auf A. Biedl's Buch: „Innere Sekretion".

„2. Bei den luetischen und metaluetischen Psychosen scheint stets ein Eindringen blutfremden Gehirnmaterials in die Blutbahn vorzuliegen. Als Ursache dieser Dysfunktion des Gehirns werden hier Mikroorganismen resp. die von ihnen gelieferten Produkte — jedenfalls also „körper-, blut- und zellfremde Stoffe" — aufzufassen sein. Dabei ist es selbstverständlich nicht notwendig, daß die Stoffe, um die es sich dabei handelt, in beiden Fällen dieselben sind. Prüfung der betreffenden Sera auf Schutzferment gegen Spirochäteneiweiß würde die hierhergehörigen Fragen — namentlich auch hinsichtlich etwaiger Besonderheiten der metaluetischen Prozesse — noch weiter klären; es wäre dann die in meinem letzten Aufsatze herbeigezogene „Analogie mit anderen Krankheitsprozessen" darin zu suchen, daß die schädigende Wirkung bestimmter Organzellen resp. Organsekrete bei der Dementia präcox"-Gruppe und die schädigende Wirkung bestimmter Mikroorganismen bei den luetischen und metaluetischen Nervenerkrankungen zu einander in Parallele zu setzen wäre (selbstverständlich innerhalb bestimmter Grenzen). Auch der besondere Charakter der „Metaprozesse", namentlich der metaluetischen — über den ich in meinem neulichen Aufsatz eine Hypothese aufgestellt habe und der mir in histologischer Beziehung „noch einer besonderen Erklärung bedürftig" erschien — könnte dabei eine weitere Klärung erfahren" . . .

Beim manisch-depressiven Irresein konnte Fauser bis jetzt im Dialysierverfahren niemals Schutzferment gegen Hirn, Geschlechtsdrüse und Schilddrüse auffinden.

* * *

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit des Gegenstandes seien die Herren Kollegen, welche mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren arbeiten, gebeten, ihre Resultate in dieser Wochenschrift mitzuteilen. Dr. Bresler.

— 9. **Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Bonn am 25., 26. und 27. März 1913: Dienstag, Mittwoch und Donnerstag nach Ostern.**

Tagesordnung:

Montag, den 24. März, abends 6 Uhr: Vorstandssitzung im Hotel „Zum goldenen Stern".

Dienstag, den 25. März, 8 Uhr: Eröffnung der Ausstellung in der Remigiusschule; im Anschluß daran Sitzung der Kommission für Lehr- und Lernmittel. — 10 Uhr: Gemeinsame Sitzung des Ortsausschusses und des Vorstandes im Gasthof „Zum goldenen Stern". — $10^{1}/_{2}$ Uhr: Ausschußsitzung im Großen Saale des „Goldenen Stern". (Stimmberechtigt sind nur die Ausschußmitglieder.) — 3 Uhr: Vorversammlung in der Städtischen Beethovenhalle. 1. Soziale Fürsorge für die aus der Hilfsschule Entlassenen. Ref.: Stadtschulinspektor Henze, Frankfurt a. M. 2. Statistik über die Erwerbsfähigkeit der aus der Hilfsschule Entlassenen. Ref.: Schulvorsteher Wintermann, Bremen. 3. Das Heimatprinzip im Hilfsschulunterrichte. Ref.: Hilfsschullehrer Middeldorf, Dortmund. — 8 Uhr: Begrüßung und Festabend in der Beethovenhalle.

Mittwoch, 26. März, 9 Uhr: Hauptversammlung in der Städt. Beethovenhalle: 1. Begrüßungen usw. 2. a) Über Erkrankungen im Kindesalter, die zum Schwachsinn führen können. Ref.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fr. Schultze, Bonn. b) Die Formen des erworbenen Schwachsinns vom psychiatrischen

Standpunkt. Ref.: Oberarzt Dr. Lückerath, Bonn. 3. Ist für Schulneulinge im allgemeinen und Hilfsschüler im besonderen Fraktur oder Antiqua zunächst geeignet? Ref.: Kommerzienrat Friedr. Soennecken, Bonn. 4. Was soll mit den Kindern geschehen, die sich in der Hilfsschule als nicht genügend bildungsfähig erweisen? Ref.: Rektor Schenk, Breslau. 5. Geschäftliches. — $3^1/_2$ bis $6^1/_2$ Uhr: Besichtigungen der Sehenswürdigkeiten Bonns: Sammlungen, Museen, Anstalten usw. nach besonderem Programm. — 8 Uhr: Rheinischer Weinabend, mit Gesangvortr. Musik usw.

Donnerstag, den 27. März: Ausflüge ins Siebengebirge, nach der Ahr, der Vordereifel, dem Westerwald usw. nach näherer Absprache unter kundiger Führung. Am Abend: Treffpunkt zu gemütlichem Beisammensein in Königswinter (Weinhaus Bellinghausen).

Anmeldungen zur Teilnahme werden baldigst erbeten und sind zu richten an Hilfsschullehrer Franz **Wemmer**, Bonn, Goethestraße 8. Der Beitrag für die Tagung ist auf 2 M. festgesetzt.

Referate.

— Rosenberg, Dr. med. Josef, Arzt in Berlin, Neue Behandlungsweise der Epilepsie. Verlag von Simion Nachf., Berlin, 1912. 331 S. 6 M.

Vf. bespricht seine Auffassung der Epilepsie (ebenso auch der nach seiner Meinung nur dem Grade nach verschiedenen Hysterie und Neurasthenie) als einer molekularen Gleichgewichtsstörung der Hirnrinde und glaubt unter Zuhilfenahme von Blutdruckbestimmungen und Beobachtung der Pulsfrequenz mit dem von ihm entdeckten Epileptol (Kondensationsprodukt der Ameisensäure) auch schwerere Fälle der sog. genuinen Epilepsie heilen zu können.

Das Buch ist, wie die angehängte Verdeutschung von Kunstausdrücken, z. B. Norm = Regel, Moment = Augenblick, zeigt, auch für Laien mit geringerer Bildung berechnet; in einem solchen Buch wären m. E. besser Ausfälle gegen die „Schulmedizin" unterblieben. Ich habe nicht den Eindruck, daß Vf. theoretisch und praktisch tiefer in das Wesen der Epilepsie eingedrungen wäre, als die von ihm geschmähte Schulmedizin; seine Theorie wird von der Mehrzahl der Ärzte abgelehnt, seine praktischen Ergebnisse sind bei anderweitiger Nachprüfung (Wuhlgarten, Weißenau, Stetten) als unzuverlässig befunden.

— Anton, Prof. Dr. und Bramann, Prof. Dr. von, Halle, Weitere Mitteilungen über Gehirndruckentlastung mittelst Balkenstichs. Sonderabdr. aus der Münch. Med. Wochenschr. Nr. 45, 1911.

Neben den andern Methoden der Druckentlastung des Gehirns werden die Vorzüge und Indikationen des Balkenstichs, der eine längere Kommunikation der Seitenventrikel mit dem Subduralraum schafft, in folgender Weise festgelegt: 1. der Balkenstich ist eine einfache Operation, 2. er schafft für längere Zeit Druckentlastung, 3. er verbindet 2 Körperhöhlen in aseptischer Weise, 4. er kann auch den 3. Ventrikel drainieren, 5. er kann zur Vermeidung der Stauungspapille und als vorbereitende Operation bei Neoplasma vorgenommen werden und bietet 6. die Möglichkeit therapeutischer Infusionen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Göttingen.** Dem Prof. Dr. Ernst Schultze wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Lengerich** (Westf.). Dem Geheimen Sanitätsrat Direktor Dr. Schaefer wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Leubus a. O.** Paul Flemming, bisher Assistenzarzt an der Heilanstalt Uchtspringe, vom 1. Januar 1913 ab als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Leubus angestellt.

— **Freiburg i. Schl.** Georg Kügler, Medizinalpraktikant, früher an der Landesvers.-Anstalt Breslau, vom 1. Januar 1913 ab als Assistenzarzt bei der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Freiburg angestellt.

— **Hall** (Tirol). Der Oberarzt Dr. J. M. Wassermann wurde zum Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall, Tirol, ernannt.

Anstaltstechnisches.

— **Apparat zur Herstellung alkoholfreier Erfrischungsgetränke.** Bei der herannahenden warmen Jahreszeit scheint es ganz besonders geboten, auf die der Gesundheit zuträglichen alkoholfreien Erfrischungsgetränke wie Selterswasser und Brauselimonaden hinzuweisen, die steigende Beachtung finden, selbst in Kreisen, in denen man nicht grundsätzlich auf jeden Alkoholgenuß verzichtet. Zahlreiche Heilanstalten haben ja bereits die Verabfolgung solcher Erfrischungsgetränke an ihre Insassen an Stelle von geistigen Getränken als dauernde Maßnahme eingeführt.

Die fortschreitende Technik hat Apparate hervorgebracht, die es jeder Anstalt ermöglichen, den Bedarf an solchen Getränken in vorzüglicher Beschaffenheit mit geringem Kostenaufwand selbst herzustellen. Als Spezialfabrik auf diesem Gebiete ist die Firma Hugo Mosblech, Cöln-Ehrenfeld bekannt, die alle erforderlichen Apparate von der kleinsten bis zur größten Anlage baut und gleichzeitig alle Bedarfsartikel für die Erzeugung der Getränke liefert. Man lasse sich einen Katalog kommen, der an Interessenten kostenfrei abgegeben wird, und orientiere sich über die Vorteile, die mit der eigenen Erzeugung dieser Getränke verbunden sind.

Les Prix du Congrès International de Médecine. A l'occasion de la réunion du VIII. Congrès international de Médecine à Londres seront décernés le Prix de Moscou, le Prix de Paris et le Prix de Hongrie.

Le Prix de la ville de Moscou, institué en commémoration du XII. Congrès international de Médecine, d'une valeur de 5000 francs, sera décerné pour le meilleur travail sur la médecine ou l'hygiène, ou pour des services éminents rendus à l'humanité souffrante.

Le Prix du XIII. Congrès international de Médecine de Paris, d'une valeur de 4000 francs, sera donné à une seule personne pour une découverte ou un ensemble de travaux originaux, qui ne remonteront pas à plus de 10 ans, et qui porteront sur la Médecine, la Chirurgie, l'Obstétrique ou les Sciences anatomiques ou biologiques, dans leurs applications aux Sciences médicales.

Le Prix de Hongrie, institué en commémoration du XVI. Congrès international de médecine, d'une valeur de 3000 couronnes, sert à récompenser un ouvrage, rentrant dans le domaine des sciences médicales et ayant paru dans l'intervalle de deux Congrès internationaux.

Le Bureau de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine invite les collègues de bien vouloir lui nommer les savants qu'ils jugent les plus dignes d'être couronnés. Aussi pourra-t-on présenter sa propre candidature.

La présentation d'une candidature doit être accompagnée de l'envoi d'un exemplaire de l'ouvrage sur lequel la candidature est fondée.

Chaque candidature présentée après le 1 Juin ne pourra être prise en considération.

Les Prix seront décernés pendant la réunion du Congrès de Londres en août 1913.

Adresse du Bureau de la Commission permanente:
Bureau de la Commission permanente des Congrès Internationaux de Médecine.
La Haye, Hugo de Grootstrat 10, Pays-Bas.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma
Saccharinfabrik Akt.-Ges. vorm. Fahlberg, List & Co., Salbke-Westerhüsen,
(Generaldepot Theodor Teichgraeber, Berlin S. 59)
betr. „Trivalin."
bei, welchen wir der Beachtung unserer werten Leser empfehlen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Rybnik Oberschlesien** — 1000 Kranke 7 Aerzte — ist bald die Stelle eines

Assistenzarztes

bezw. **Abteilungsarztes**

zu besetzen. Anfangsgehalt des Assistenzarztes 1800 M. steigend jährlich um 100 M., daneben freie Station I. Klasse einschließlich Wohnung und Reinigung der Wäsche. Nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung und Beförderung zum Abteilungsarzte. Anfangsgehalt des Abteilungsarztes 3000 M. steigend von 3 zu 3 Jahren um 600 M. bis 6600 M. In anderen Stellungen verbrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorkenntnisse werden für den Assistenzarzt nicht verlangt.

Meldungen mit Lebenslauf werden an den unterzeichneten Direktor erbeten.

Rybnik, den 3. Februar 1913.
Dr. Zander, Geheimer Sanitätsrat.

An der Heilanstalt für Nerven- u. Geisteskranke Bergquell-Frauendorf bei Stettin ist die Stelle des

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2400 Mark bei freier Station I. Kl. Psychiatrische Vorbildung erwünscht, aber nicht erforderlich. Meldungen mit Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Bild erbeten an Dr. **Görlitz.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 886.

Nr. 49. 8. März **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die gerichtliche Kontrolle der Aufnahmen in die Irrenanstalten und ihr Verhältnis zum Entmündigungsverfahren.

Von Dr. *Anton Rusicka*, Primararzt der Prager Landesanstalt für Geisteskranke.

Vortrag, gehalten am 12. Nov. 1912 in der Hauptversammlung des Psychiatrischen Verbandes zu Prag.

Der Justizausschuß unseres Reichsrates gelangte anläßlich der Beratung über das Entmündigungsgesetz zu der Anschauung, daß in den Bestimmungen der Regierungsvorlage eine Lücke bestehe, insofern, als das gegenseitige Verhältnis zwischen dem Aufnahme- und Entmündigungsverfahren des Gesetzentwurfes nicht festgelegt sei und insbesondere nicht bestimmt werde, nach welchen Voraussetzungen die Geistesstörung zur Aufnahme in eine geschlossene Anstalt berechtigen solle. (S. Seite 29 des Justizausschußberichtes, 1352 der Beilagen, XXI. Session, 1912).

Der Ausschuß begnügte sich, ohne auf die Sache selbst einzugehen, mit der Versicherung des Regierungsvertreters, daß die Regelung der einschlägigen Bestimmungen durch eine Ministerialverordnung erfolgen wird, und beschloß, dem Reichsratsplenum eine Resolution in folgender Fassung vorzulegen: „Die Regierung wird aufgefordert, das gegenseitige Verhältnis zwischen Entmündigungs- und Aufnahmeverfahren durch Verordnung festzustellen.“

Die Tatsache, daß eine während der Beratung konstatierte Lücke nicht sofort durch geeignete gesetzliche Bestimmungen behoben wurde und daß man sich auf Ergänzung des noch nicht erlassenen Gesetzes durch spätere Verordnung vertrösten läßt, ist ziemlich auffallend, um nicht die Aufmerksamkeit der beteiligten Kreise zu erwecken.

Es wäre naheliegend, den Ausdruck der Resolution „Aufnahmeverfahren“ wörtlich zu nehmen, und darunter die Bedingungen, den Vorgang und die unmittelbaren Maßnahmen einer Aufnahme in die Irrenanstalt zu verstehen. In diesem Sinne müßten aber so viele verwaltungsrechtlichen Fragen berührt werden, daß die Erfüllung dieser Forderung bei einem justizbehördlichen Gesetze auf die größten Schwierigkeiten stieße und Übergriffe ins Gebiet des Verwaltungsrechts unvermeidlich wären. Es ist offenbar, daß das Aufrollen der politisch-administrativen Fragen absichtlich vermieden werden sollte, damit sie dem künftigen Irrenfürsorgegesetz vorbehalten bleiben. Indem jedoch gleichzeitig mit der Entmündigung der Schutz der persönlichen Freiheit anläßlich der Aufnahme in eine Irrenanstalt und während des Aufenthaltes daselbst gewährleistet werden soll, muß natürlich das Verwaltungsgebiet des Anstaltswesens im vorliegenden Gesetzentwurfe gestreift werden. Weil dies aus angeführtem Grunde nur notgedrungen geschieht, wird dieser Mangel manchenorts empfunden und ausgesetzt.

Aber selbst für den Fall, welchen wir annehmen müssen, daß unter dem Ausdrucke „Aufnahmeverfahren“ eine Wortkürzung für „das gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten“ (Titelbezeichnung des III. Abschnittes des Gesetzentwurfes) gemeint ist, erscheint der Vorwurf des mangelhaften Zusammenhanges in gleicher Weise berechtigt.

Der dritte Abschnitt des Entwurfes, welcher den Rechtsschutz mittels einer obligatorischen Kontrolle sämtlicher Irrenanstaltsaufnahmen ausüben will, besitzt in der Tat weder mit den vorhergehenden Ab-

schnitten noch mit dem darauffolgenden Entmündigungsverfahren selbst irgendwelche textliche, also formelle Verbindung und unterbricht die natürliche Fortsetzung der Entmündigungsparagraphe. Er stellt sozusagen einen Fremdkörper in der Substanz des Entmündigungsgesetzes dar und es wäre die Entfernung desselben aus dem sonst gesunden Organismus des Entmündigungsgesetzes am Platze. —

Der Mangel an äußerem Zusammenhange, der den anfangs erwähnten Resolutionsantrag veranlaßte, findet indessen seine Begründung in der sachlichen Natur beider Materien. Die Entmündigung steht zur Anstaltspflege in keinem ähnlichen Verhältnisse wie etwa Wirkung und Ursache; die Vorbedingungen für die Entmündigung divergieren von denjenigen für die Anstaltsbehandlung; diese verfolgt andere Zwecke, als bloß der Entmündigung vorauszugehen und vorzuarbeiten. Entmündigung und Anstaltspflege stellen somit zwei voneinander unabhängige Begriffe und Vorgänge dar, von welchen jeder für sich allein bestehen kann. Aber gerade so wie nebeneinander, können unter Umständen beide auch gegeneinander stehen. Ein Entmündigter kann gerade so gut den Anstaltsaufenthalt entbehren, wie ein Anstaltspflegebedürftiger für die Entmündigung ungeeignet sein.

Nach Mendel (Welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? Berlin, 1902) gibt es eine Anzahl von Individuen, die der Anstaltspflege bedürftig sind, obzwar sie im juristischen Sinne vollends dispositionsfähig sein können.

Es entspricht somit dem Sachverhalte und der Erfahrung, wenn der Gesetzentwurf von einer nicht nur formellen, sondern auch ideologischen Verbindung der beiden Rechtspflegeakte absieht. Das Entmündigungsverfahren erleidet somit keine Einbuße, wenn das durch den III. Abschnitt des Gesetzes geschaffene Kontrollverfahren aus dem Entmündigungsgesetze eliminiert wird. Warum also wurde dieses Kontrollverfahren dem Entwurfe eines Entmündigungsgesetzes angegliedert? Darüber geben zunächst einige äußeren Momente, die hier kurz angeführt seien, Aufschluß:

1. Die Einbringung und der unfreiwillige Aufenthalt in der Anstalt bilden, ähnlich wie die Entmündigung, einen Eingriff in die persönlichen Rechte des Einzelnen.

2. In beiden Fällen sind die Gerichtsbehörden zur Wahrung sowie zur Beschränkung oder Aufhebung der persönlichen Rechte berufen.

3. Der Anstaltsaufenthalt ruft in der Regel das gerichtliche Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit hervor.

4. Wenn Erhebungen zum Zwecke der Konstatierung einer Geisteskrankheit vorangehen, bieten sie manche Anhaltspunkte dem nachfolgenden Entmündigungsverfahren.

5. Die Erhebungen des Sachverhaltes weichen der Form und dem Inhalte nach nicht bedeutend voneinander ab.

6. Als der wichtigste Umstand ist zu erachten, daß angeblich im geltenden österreichischen Gesetze für eine behördliche Kontrolle der Anstaltsanhaltung nicht ausreichend Sorge getragen wird, namentlich in jenen Fällen, wo sich die Anstaltspflege protrahiert.

Diese Wahrnehmung, sowie das **subjektiv** gefühlte Bedürfnis gewisser juristischer Kreise und mit ihnen des Gesetzesverfassers, daß infolge mangelhafter gesetzlicher Maßnahmen mitunter Fälle von ungerechtfertigter Zurückhaltung in der Irrenanstalt vorkommen könnten, gab den Anlaß, die erste beste Gelegenheit, nämlich die Formulierung des Entmündigungsgesetzes, zur Verwirklichung eines womöglich ausgiebigen Schutzes für die angeblich durch Detention gefährdete persönliche Freiheit auszunützen.

Inwiefern diese Verbindung in einem Gesetze zur Durchführung kam, zeigt deutlich die eingangs ein bekannte Tatsache eines nur losen Zusammenhanges und die Forderung, das Verhältnis zwischen dem Aufnahme- und Entmündigungsverfahren klarzulegen. Diese Lücke im Gesetzentwurfe wurde auch während der Subkomiteeberatungen bemängelt und eine Abhilfe gesucht. Die einschlägigen Anträge des Referenten Dr. Dniestranski hatten den Wortlaut:

„Auch vor der Einleitung des Entmündigungsverfahrens können Geisteskranke oder geistesschwache Personen in öffentliche oder Privatanstalten zum Zwecke der ärztlichen Behandlung aufgenommen werden" (§ 19 Abs. 1 des Referentenentwurfes, Seite 80 des Justizausschußberichtes).

„Nach Ablauf eines Jahres von der Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt hat das Entmündigungsgericht (§ 15) gegen den Angehaltenen das Entmündigungsverfahren von Amts wegen einzuleiten." (§ 28 des Ref.-Entw. Seite 84 ibidem.) Der erste Satz dient sichtlich als eine den Inhalt des vorhergehenden Abschnittes verbindende Redewendung zur Einleitung des dritten Abschnittes, der zweite Satz will eine feste Beziehung zwischen der Anstaltspflege und der Entmündigung herstellen; zugleich verfolgt er den Zweck, das obligatorische Entmündi-

gungsverfahren nach zeitlich begrenzter Dauer der Anstaltspflege einzuführen (nach dem Muster der schweizerischen Gesetzgebung). Obzwar also diese beiden Anträge eine nähere Verknüpfung beider Materien formell und sachlich anbahnten, wurden sie aus anderweitigen Gründen nicht angenommen und befinden sich nicht im Justizausschußentwurfe.

Anstatt dessen finden wir daselbst den ursprünglichen Wortlaut der Regierungsvorlage wieder eingesetzt. „Der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung steht einer anderen Anordnung des Pflegschaftsgerichtes nicht entgegen" (§ 23, S. 53 des J.-A.-Berichtes). Hiermit wird die sachliche Unabhängigkeit beider Verfahren deutlich ausgesprochen, nämlich, daß eine Anordnung des Pflegschaftsgerichtes betreffend verweigerte oder beschränkte oder volle Entmündigung den Ausspruch über die Zulässigkeit der Anhaltung nicht tangiert. Es kann demnach das Recht der Anstaltsanhaltung weiter bestehen auch in den Fällen, wo die Entmündigung verweigert wird.

Das Nebeneinanderstellen des Aufnahme- und Entmündigungsverfahrens ohne gegenseitige Beziehung erscheint in unserem Entwurfe noch durch die Zuständigkeitsvorschriften bekräftigt. Über die Zulässigkeit der Anhaltung entscheidet das Bezirksgericht des Anstaltssitzes. Dasselbe Gericht hat das Verfahren nach abgeflossener Frist des Rechtsspruches zu wiederholen, wenn nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht — das Gericht des letzten Wohnortes des Untersuchten — eine Form der Kuratel verhängt hat. Die ursprüngliche Regierungsvorlage erlaubt es auch dem Pflegschaftsgerichte, sich über die Zulässigkeit der Anhaltung zu äußern („. . ., falls nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht die weitere Anhaltung für zulässig erklärt hat . . ." § 28 Abs. 2 des Regierungsentwurfes). Der Justizausschuß setzt dem entgegen auf der entsprechenden Stelle einen anderen Wortlaut („. . . falls nicht inzwischen das Pflegschaftsgericht die weitere Unterbringung in der Anstalt verfügt hat . . ." § 23 Abs. 3 des J.-A.-Entw.), welcher, wie ich annehmen darf, nur auf ein positives Ergebnis des Entmündigungsverfahrens Bezug haben kann. Beim ergebnislosen Entmündigungsverfahren muß somit nach Ablauf der Zulässigkeitsfrist neuerlich das Gericht des Anstaltssitzes die Zulässigkeit der Anhaltung untersuchen, um die Gültigkeitsdauer derselben weiter auszudehnen, was jedenfalls eine doppelte Arbeit, an welcher außerdem zwei Gerichtsbehörden teilnehmen müssen, verursachen würde. Ich bin der Ansicht, daß der Wortlaut der Regierungsvorlage hier wieder eingestellt werden sollte, zumal Fälle vorkommen, wo die Entmündigung nach durchgeführtem Verfahren abgelehnt wird, der Untersuchte indessen nicht für geistesgesund erklärt werden kann. Zur Erzielung eines positiven Rechtsspruches und um nochmalige Untersuchung auf die Zulässigkeit der Anhaltung in kurzem Zwischenraume zu vermeiden, wäre es angezeigt, wenn auch das Entmündigungsgericht über die Zulässigkeit der Anhaltung entscheiden dürfte. Diese Maßnahme würde unter einem den jetzt üblichen Vorgang bei jenen Fällen ersetzen, wo der Termin wegen ungenügenden Voraussetzungen für Entmündigung aufgeschoben und eine weitere Observationsfrist gewährt wird. —

Die stilistische und sachliche Absonderung des III. Abschnittes geht natürlich nicht so weit, daß darin eine Tendenz erblickt werden könnte. Es gibt eine Anzahl von Berührungspunkten und Verweisungen, von gleicher Anwendung einiger Paragraphe für beide Verfahren, wie es nicht anders, um Wiederholungen zu begegnen, denkbar ist. Wie schon angedeutet, betreffen dieselben meistens das Ermittelungsverfahren, insbesondere die Intervention der Sachverständigen. Ich glaube die Aufzählung der gemeinsamen Bestimmungen unterlassen zu dürfen und beschränke mich, die Aufmerksamkeit nur auf ein beachtenswertes Moment zu lenken.

Der § 34 Abs. 2 des J.-A.-Entwurfs enthält eine Bestimmung, mit welcher ich mich als Anstaltsarzt nicht recht befreunden kann. Es handelt sich darin um den Entfall der ärztlichen Sachverständigenintervention für das Entmündigungsverfahren, wenn der Geisteszustand des zu Entmündigenden innerhalb der vorangehenden sechs Monate gerichtlich auf Zulässigkeit der Anhaltung untersucht worden ist, und wenn nach dem Zeugnisse des Anstaltsleiters und dem Ergebnisse der gerichtlichen Ermittlungen eine wesentliche Veränderung des Geisteszustandes seither nicht eingetreten ist.

Wenn die Vorsicht anläßlich des Konstatierungsverfahrens zu weit geht und die Kostenfrage trotz Überflüssigkeit des Verfahrens nicht in Betracht kommt, finden wir im Handumdrehen beim Entmündigungsverfahren auf einmal die Rücksicht auf Vereinfachung und Verbilligung maßgebend. Und doch ist mehr im Spiele als die so befürchtete Beschränkung der persönlichen Freiheit infolge der Anstaltspflege. Die Entmündigung mit ihren Folgen verdient mehr Beachtung und gewissenhafter Erwägung, als daß Ersparungsrücksichten was für immer einer Art angebracht wären. Schon der große Unterschied zwischen der vollen und der beschränkten Entmündigung

sollte jede Oberflächlichkeit in Beurteilung des Geschäftsfähigkeitsgrades ausschalten. Ein neues darauf abzielendes Gutachten der Sachverständigen erscheint mir sogar unerläßlich, zudem sich die Begutachtung im Sinne des III. Abschnittes bloß über das Vorhandensein einer Geisteskrankheit, höchstens über den mutmaßlichen Verlauf derselben auszusprechen hat. In Ermangelung des Urteils über den Grad der Geschäftsfähigkeit ist ein solches Gutachten für Entmündigungszwecke nicht verwendbar. Wenn dieser Fall eintritt, und ich vermute, daß er sehr häufig eintreten wird, so können die Anstaltsleitungen im Wege einer amtlichen Note ersucht werden, das im Konstatierungsgutachten Fehlende nachzutragen. Ich befürchte, daß eine derartige Ergänzung zur Regel wird, so daß sich die Entmündigung der Anstaltsinsassen überhaupt ohne ärztliche Sachverständige vollziehen würde.

Ich bin nicht im Zweifel in Bezug auf die Korrektheit eines auf solche Art erlangten Gutachtens, aber ich kann nicht umhin zu bedauern, daß hierbei die Bewertung und Entlohnung des fachärztlichen Wissens und der Arbeitsleistung zu kurz kommt. Ein nahes Beispiel haben wir am sogen. Fakultätsgutachten, die immer häufiger von öffentlichen Behörden abverlangt werden, ohne eine materielle Entschädigung den hiermit überbürdeten Gelehrten für Aufwand an Zeit und Arbeitskraft zu bieten.

Es hat überhaupt den Anschein, daß in dem Gesetzentwurfe der Entmündigung wegen Geisteskrankheit nicht die gebührende Bedeutung gezollt wird. Der allgemeine Zug des sozialen Lebens der Gegenwart bringt die Forderung, die Fürsorge für die Schwächeren und Gebrechlichen womöglich auf die breiteste Basis zu stellen und denselben einen gesetzlichen Schutz zu bieten. Die Entmündigung in ihrer Ausdehnung über zum Teil neue Gebiete gehört mit zu den Maßnahmen, welche diese Richtung verfolgen. Der Verallgemeinerung werden jedoch durch die Regierungsvorlage gewisse Schranken gesetzt, indem das Recht der Antragstellung ziemlich begrenzt wird.

Das Einschreiten der öffentlichen Staatsbehörden soll hauptsächlich bloß in den Fällen von gemeingefährlichen Geisteskranken erfolgen; die Mitwirkung der Staatsbehörden bei Antragstellung auf beschränkte Entmündigung wegen Alkoholmißbrauch ist sogar völlig ausgeschlossen und die Initiative bloß Privatpersonen oder autonomen Verbänden überlassen. Es liegt an der Hand, daß das geplante Gesetz infolge dieser Bestimmungen bedeutend an Wert für das allgemeine Volkswohl verliert. Die Privatpersonen und Verbände werden aus vielfachen Rücksichten häufig nicht gewillt sein, das Entmündigungsverfahren zu beantragen, obwohl es im Interesse des Individuums und der Gesellschaft höchst wünschenswert wäre; es bliebe dann vorzugsweise den Staatsbehörden anheimgestellt, die Entmündigung intensiver zu betreiben, wobei wieder leider der Kostenpunkt und nicht der Rechtsschutz entscheidend sein wird. Wäre ein Pflichtverfahren vorgeschrieben, könnten alsdann sicherlich vielen Schutzbedürftigen die wohltätigen und gemeinnützigen Grundsätze des Entwurfes zugute kommen, wo jetzt die einzige Art der Vollentmündigung wegen ihrer Folgenschwere unterlassen wird. Waren einst einzelne hervorragende Psychiater (z. B. Krafft-Ebing) der Ansicht, daß die Entmündigung, falls keine besonderen materiellen Interessen zu wahren sind, wegen ihrer Umständlichkeit, Starrheit und Konsequenzen entbehrlich ist, halte ich den Zeitpunkt für gekommen, wo eine allgemeinere Anwendung der behördlichen und bürgerlichen Obhut in allen geeigneten Fällen Platz greifen sollte.

Von dem neuen Gesetze muß man ferner verlangen, daß neben der Extension seines Wirkungsgebietes auch eine Vertiefung seiner Wirksamkeit einhergeht. Damit die Entmündigung nicht, wie jetzt zu oft, zu einer bloßen Form herabsinkt, sondern eine ausgiebige Schutzeinrichtung darstellt, kam aus ärztlichen Kreisen die Anregung, gesetzlich eine Institution der Berufskuratel und Berufskuratoren zu schaffen. Dieser Vorschlag ist in dem heutigen Gesetzentwurfe noch nicht berücksichtigt, würde aber meiner Ansicht nach gewiß eine wertvolle Vervollkommnung des Rechtsschutzes bei entsprechender Formulierung und Annahme verwirklichen.

Die obligatorische Einführung des Entmündigungsverfahrens ist durch die ursprüngliche Regierungsvorlage nicht vorgesehen; der Justizausschuß hat sich durch Einfügung des § 29 in seinem Entwurfe diesem Ziele bedeutend genähert; der Referentenentwurf macht einen weiteren Schritt und bestimmt durch § 28 eine feste Frist, nach deren Ablauf das Entmündigungsverfahren bei allen in Irrenanstalten Angehaltenen von Amts wegen einzuleiten ist. Die Fassung des Referentenentwurfes wurde jedoch nicht angenommen. Die Wiedereinstellung derselben dürfte wenigstens für einen Teil der geeigneten Fälle eine gesetzliche Grundlage zur obligaten Einführung des Entmündigungsverfahrens ergeben. Die durch die Regierungsvorlage gesetzlich auferlegte Passivität der

Staatsbehörden inbetreff der Antragstellung wird man tief empfinden insbesondere in Fällen von gemeingefährlichen, für nicht geisteskrank erklärten Alkoholikern. Gerade hier sollte mit Recht die Staatsanwaltschaft zur Antragstellung der Entmündigung befugt, ja verpflichtet sein und nicht, wie sonderbarerweise im Gesetzentwurf vorgeschrieben ist, ausgeschlossen sein!

* * *

Wenn ich dem Vorangeführten gemäß für eine weitgehendere Ausbreitung der Entmündigung eintrete und wenn ich die Lösung dieser Frage durch den Justizausschußentwurf zwar nicht für ausreichend, doch aber für annehmbar betrachte, muß ich mich über die Grundzüge und die allgemeine Fassung des III. Abschnittes in der Regierungsvorlage, sowie in dem Elaborate des Justizausschusses, entschieden abfällig äußern. Der Gegenstand des letzteren — die Prüfung der Anhaltungszulässigkeit lediglich zu dem Zwecke, ob nicht eine Anhaltung eines Geistesgesunden mit unterläuft — wurde jedoch von Seiten der Anstaltsärzte und Juristen genügsam kritisch beleuchtet, so daß ich mir erlassen darf, das schon Vorgebrachte nochmals zu wiederholen.

Nachstehend will ich nur hervorheben, daß die Regierungsvorlage, abgesehen natürlich von der Form und der originellen Einreihung in das Entmündigungsgesetz, grundsätzlich nichts Neues einführt. Die Konstatierung einer Geisteskrankheit ist schon nach den zurzeit geltenden Bestimmungen ermöglicht und wird den Gerichtsbehörden zugestanden. Es sei mir gestattet, zum Nachweis die betreffenden Sätze aus den jetzt gültigen Anstaltsstatuten Böhmens wörtlich wiederzugeben: „Die Kranken stehen unter dem Schutze der kompetenten Zivilrechtsbehörde (§ 21 des a. b. GB.).“ „Die Aufnahme soll längstens nach 24 Stunden der kompetenten zivilrechtlichen Personalinstanz behufs Konstatierung des Geisteszustandes des Aufgenommenen, wenn derselbe noch nicht unter Kuratel steht, angezeigt werden.“ Das Konstatierungsverfahren ist also statutenmäßig vorgesehen und wird dem Zivilgerichte auferlegt, ausgenommen Fälle, wo es infolge bereits bestehender Kuratel überflüssig wäre.*)

Die vorgenommenen Ermittlungen der Gerichte beschränken sich indessen nur auf schriftliche Erkundigung bei der Anstaltsdirektion, auf Beistellung der Aufnahmsdokumente und auf das Zeugenverhör außerhalb der Anstalt. Die Sicherung des persönlichen Rechtsschutzes wird mit diesen Mitteln ganz verläßlich geleistet, um so mehr, als das Recht der persönlichen Intervention der Gerichtsbehörde nicht ausgeschlossen ist und nebstdem weitere Garantien in bezug auf wirksame Hintanhaltung eines Mißgriffes gegen die persönliche Freiheit des Aufgenommenen geboten sind. Für alle Irren- und ähnliche Anstalten sind es Aufnahmsbedingungen, Aufsichtsrecht der vorgesetzten Behörden, bei öffentlichen Irrenanstalten außerdem die Stellung der Anstaltsärzte als beeideter öffentlicher Beamter. Die hier angeführten Maßnahmen sind als vollkommen ausreichend zu bezeichnen. Es sind bis jetzt keine Beschwerden noch Klagen über widerrechtliche Detentionen in Böhmens Irrenanstalten laut geworden, sonst hätte die gerichtliche Praxis das ihr zustehende Recht der Konstatierung wenigstens in einzelnen Fällen benutzt. Es liegt demnach weder ein zwingender Grund noch eine mißliche Erfahrung vor, an den jetzigen Vorschriften irgend etwas nachzutragen. Was die Verhältnisse anderswo in Österreich anbelangt, halte ich es geradeso für nicht glaubwürdig, daß sich ein Fall zugetragen hätte, der einen Impuls zu Vorkehrungen im Sinne des III. Abschnittes der Gesetzesvorlage gegeben hätte.

Die Irrenanstalten der Gegenwart nähern sich in ihrer Entwicklung immer mehr den Krankenhäusern. Der Arzt entscheidet über die Aufnahme, über die Zweckmäßigkeit der Pflege und über den Zeitpunkt der Entlassung. Die Krankenbehandlung nimmt dank der Erkenntnis, der Erfahrung und der Bestrebung der Anstaltsärzte nach und nach freiere Formen an und verliert den Charakter einer Detention. Das Verfügungsrecht des Kranken wird nur auf das mindeste Maß beeinträchtigt, sein Verkehr mit der Außenwelt wird nur aus kurativen Rücksichten beschränkt und womöglich aufrechterhalten. Die Gefahr des Versinkens eines Nichtkranken hinter den Anstaltsmauern wird ein Ding der Unmöglichkeit. Wiewohl die Grundsätze der Anstaltsbehandlung in früheren Zeiten weniger günstig waren, ereignete sich nicht ein einziger einwandfreier Fall ungerechtfertigter Zurückhaltung. Und heutzutage? Also der Gang der Dinge spricht nicht für eine Verschärfung oder Erweiterung der gerichtlichen Kontrolle über die Anhaltung in den Irrenanstalten.

Der Entwurf basiert auf dem Prinzipe des Mißtrauens gegen die Irrenanstalten und ihre Ärzte, gibt die Möglichkeit der ungerecht-

*) Nebenbei finde ich mich veranlaßt, der unkorrekten Auslegung entgegenzutreten, als ob sich die 24stündige Meldungspflicht auf die unter Kuratel Stehenden nicht erstrecken sollte; die im Bedingungssatze enthaltene Ausnahme bezieht sich jedenfalls auf die Worte: „behufs Konstatierung“.

fertigten Anhaltung eines Geistesgesunden zu und will einen solchen Fehlgriff berichtigen. Er bedient sich zu diesem Zwecke einer gründlichen Methode, kann aber trotzdem unmöglich sein Ziel erreichen und leistet damit nichts als eine leere Formalität; denn die offenbaren Fälle, deren es eine überwiegende Mehrzahl gibt, bedürfen überhaupt keine spezielle Untersuchung und die sogenannten Grenzfälle, welche einigermaßen nur schwieriger zu begutachten sind, bleiben ohnehin der Beobachtung und Beurteilung der Anstaltsärzte selbst anheimgestellt.

Die Verteidiger des Verfahrens führen zu seinen Gunsten an, daß es geeignet ist, der Verdächtigung der Anstaltsärzte Einhalt zu tun und die Verantwortung wegen Detention von den Anstaltsärzten auf die Gerichtsbehörden zu übertragen. Aber weit gefehlt! Gerade diejenigen Kreise, welche die Maßnahmen der Vorlage hervorgerufen haben, werden alsbald zu der Überzeugung gelangen, daß das bloße Vorhandensein einer Geisteskrankheit nicht vorbehaltlos die Anstaltsdetention rechtfertigen kann und daß somit das Konstatierungsverfahren für persönliche Sicherung der Freiheit ohne Bedeutung ist. An Stelle der Zulässigkeitsfrage wird die Frage nach der Anstaltsbedürftigkeit auftauchen und maßgebend sein. In dieser Beziehung werden wiederum die Anstaltsärzte zur Rechenschaft gezogen werden, müssen allein die Verantwortung und leider auch das Mißtrauen weiter tragen. Bei obwaltender Voreingenommenheit wäre es nicht zu verwundern, wenn zuletzt noch weitere Sicherungsmaßregeln gegen angeblich nicht gerechtfertigte Anstaltsbehandlung und nicht erwiesene Pflegebedürftigkeit angestrebt würden.

Ich muß unumwunden erklären, daß das bisherige Maß und der bisherige Modus der Konstatierung einer Geisteskrankheit durch die Gerichtsbehörden Vorzug verdient vor den verschiedenen Neuerungen des Entwurfes, welche nur eine ungeheuere Molestierung der Anstalten und ihrer Patienten ohne praktischen Zweck bedeuten. Die Form des Ermittelungsverfahrens, die obligatorische Einführung und Wiederholung desselben, solange der Anstaltspflegling nicht entmündigt oder entlassen ist, und schließlich die Einverleibung des Kontrollverfahrens in den Rahmen des Entmündigungsgesetzes sind die Neuerungen, deren Zweckmäßigkeit mit Recht und Nachdruck angezweifelt wird.

Wir Anstaltsärzte sind fest überzeugt, daß das vorgeschlagene Kontrollverfahren in seiner Form verfehlt ist, daß es bei allgemeiner obligatorischer Anwendung größtenteils überflüssig ist. Es liegt uns ferne, unsere Patienten einer gerichtlichen Überwachung mit Bezug auf die Freiheitsbeschränkung zu entziehen: wir halten eine fakultative, gewissen strittigen Fällen vorbehaltene Kontrolle der Aufnahmen sowie des verlängerten Anstaltsaufenthaltes für berechtigt. In diesem Sinne wurde anläßlich der in Wien am 6. Juni 1912 abgehaltenen Beratung der Landesausschüsse ein Abänderungsantrag für § 17 des Justizausschußentwurfes angenommen und zur Berücksichtigung der gesetzgebenden Körperschaften unterbreitet. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß wir Anstaltsärzte zugleich mit der Angliederung des Kontrollverfahrens der Irrenanstaltsaufnahmen an das Entmündigungsgesetz einverstanden sind. Diese Verbindung stört die Einheitlichkeit des Stoffes, sowie das feste Gefüge des Entmündigungsgesetzes als Ganzes und hat an Zweckmäßigkeit verloren insofern, als das Gesetz sich nicht ausschließlich auf den Interessenschutz der Geisteskranken erstreckt und aufgehört hat, einen Teil der speziellen Irrengesetzgebung zu bilden. Sein Wirkungskreis will auch Nichtgeisteskranke, Alkoholiker ohne Psychose, Beeinträchtigte durch verschiedene Nervengifte und Verschwender umfassen. Durch Einbeziehung dieser Schutzbedürftigen hat es sich von der ursprünglich ihm zugedachten Aufgabe, einen Bestandteil der Irrenfürsorge darzustellen, entfernt.

Unser fachärztlicher Standpunkt gegenüber dem vorliegenden Entmündigungsgesetze ist klar. Die Abstellung der hier vorgebrachten Bedenken wäre ganz einfach, wenn man der völligen Beseitigung des Kontrollverfahrens im Sinne des III. Abschnittes zustimmen möchte. Für die Gegenwart sind ja die geltenden gesetzlichen Sicherungen gegen ungerechtfertigte Anstaltsanhaltung ausreichend und bedürfen keiner besonderen Ergänzung. Sollte dennoch die Frage der Kontrolle der Anstaltsanhaltung für reif, für einer gesetzlichen Normierung bedürftig anerkannt werden, wäre zu erwägen, ob nicht die ganze Sache des persönlichen Rechtsschutzes, welche ohne Zweifel den Justizbehörden zusteht, aber doch vielseitige Beziehungen zum Verwaltungsrecht und polizeilich administrativen Vorkehrungen innehält, selbständig und unabhängig vom Entmündigungsgesetze unter Heranziehung der Vorschriften, betreffend die Aufnahme, die Pflege und die Entlassung, einer gesetzlichen Regelung für sich unterzogen werden sollte.

* * *

Die parlamentarische Verarbeitung des Entmündigungsgesetzes ist indessen soweit vorgeschritten, daß das Reichsratsplenum, welches gewöhnlich die Resultate der Ausschußberatungen im wesentlichen annimmt, schwerlich zu weitgehenderen Korrekturen sich herbeiführen läßt. Möge man sich daher dafür einsetzen, daß die Gesetzesvorlage behufs Umarbeitung nochmals an den Justizausschuß, eventuell an die Regierung rückgeleitet werde. Denn es wären nebst der hier vorgeschlagenen Ausschaltung des III. Abschnittes aus dem Entmündigungsgesetze noch andere Fragen in Betracht zu ziehen, z. B. die obligate Einführung der vorläufigen Obsorge aller Aufgenommenen und zu Entmündigenden, die Einleitung des Entmündigungsverfahrens von Amts wegen, wenn gewisse Voraussetzungen (verlängerter Anstaltsaufenthalt, Gemeingefährlichkeit bei nichtgeisteskranken Alkoholikern) zutreffen, die Ausgestaltung der vormundschaftlichen Institution durch Schaffung von Berufskuratel und Berufskuratoren usw., deren positive Lösung einen Fortschritt der Irrenfürsorge und des Kuratelwesens bedeuten würde.

Sollte jedoch an der Verbindung des III. Abschnittes mit dem Entmündigungsgesetze festgehalten werden, so ist immerhin eine Reihe von ernsten Forderungen zu erledigen, deren Erfüllung eine gründliche Umwandlung des Entmündigungsgesetzes zur Folge hätte.

Ich führe hier vor allem die in der Bearbeitung des Salzburgischen Landesausschusses vorliegenden Abänderungsanträge an, welche in der gemeinsamen Sitzung der Ärzte der Landesanstalten und der Vertreter der autonomen Landesverwaltungen in Wien durchberaten wurden und sich hauptsächlich mit der notwendigen Umformung des III. Abschnittes befassen.

Weiter möchte ich die Forderung nach einer formell und sachlich engeren Zusammenknüpfung beider Materien (wenn sie schon in einem Gesetze vereint sein müssen) stellen. Zu diesem Zwecke wären die vom Referenten Dr. Dniestrianski gestellten Anträge, sowie die vorstehend angeregte Erweiterung der Kompetenz des Pflegschaftsgerichtes auf die Fragen der Anhaltungszulässigkeit, einigermaßen dienlich.

Schließlich wäre es recht und billig, auch in der Titelbezeichnung des ganzen Gesetzes den Inhalt des III. Abschnittes — die Überwachung des persönlichen Rechtsschutzes der Anstaltspfleglinge — zum Ausdruck zu bringen und die Umstellung der Reihenfolge der Paragraphe in der Weise zu bewirken, daß die Entmündigungsbestimmungen als Hauptgegenstand des Gesetzes zuerst und ohne Unterbrechung nacheinander folgen, worauf die Vorschriften über die Zulässigkeit der Anhaltung als Anhang und untergeordnete Materie des Gesetzes zu erledigen wären.

Die Rückverweisung der Gesetzesvorlage erscheint dem Gesagten zufolge vielfach begründet. Auf diesem Wege wird es vielleicht noch gelingen, wesentlichere Verbesserungen an derselben zu erzielen. Die Beseitigung der ausgesetzten Mängel wird sich dann in zweifacher Richtung bewegen müssen: um den fachärztlichen Einwänden und Forderungen, welche nur den Fortschritt der Irrenfürsorge vor Augen haben, Rechnung zu tragen und um die formale Inkohärenz beider behandelten Akte der Rechtspflege zu beseitigen. In Erfüllung dieser Aufgabe wird auch die zweite zur Annahme des Reichsrates aufgestellte Resolution des Justizausschusses, welche das Verhältnis zwischen dem Entmündigungs- und dem Aufnahmeverfahren durch eine Verordnung festgesetzt haben will, entbehrlich, womit die erfahrungsgemäß gefährliche und bedenkliche Seite des Verordnungsweges in Österreich vermieden wird.

Diskussion: Kalmus-Prag.

Den Ausführungen des Verf. ist gewiß auch vom Standpunkte der außerhalb der Anstalten stehenden Psychiater in gewissen Beziehungen beizustimmen. Auch von diesem Standpunkte aus ist zuzugeben, daß die Entmündigung und die Anstaltsaufnahme nicht in einem direkten Zusammenhange stehen müsse und daß die Aufnahme von der Entmündigung in recht weitem Umfange unabhängig sein sollte. Trotzdem wird aber jeder erfahrene Psychiater zugeben, und auch der Herr Vortragende hat das ja implicite zugegeben, daß jede wider den Willen des Kranken erfolgende Aufnahme einer gewissen rechtlichen Kontrolle bedarf. Es gibt ja recht zahlreiche Fälle, in welchen die Übergabe eines Geisteskranken oder geisteskrank Erscheinenden nicht nur im Interesse des Kranken selbst, sondern auch im Interesse der durch ihn recht schwer geschädigten Familie nicht nur wünschenswert, sondern möglichst rasch unbedingt notwendig erscheint. Soll da in jedem Einzelfalle gewartet werden, bis das Gericht sein Kuratelverfahren einleitet, ja soll der Kranke, wenn er wirklich schon in die Anstalt gebracht wurde, in der Anstalt jedes Rechtsschutzes entbehren? Es könnte ja doch immerhin vorkommen, nicht etwa, wie das von den Antipsychiatern behauptet wird, durch die Schlechtigkeit oder Gewissenlosigkeit von Ärzten, sondern auf Grund falscher oder irrtümlicher Angaben der Angehörigen, daß ein, etwa an der Grenze normaler und krankhafter Geistesbeschaffenheit Stehender von dem ein-

weisenden Arzt als geisteskrank bezeichnet wird. Soll dann nicht durch gerichtliche Klarstellung des Sachverhalts eine Garantie dafür geschaffen werden, daß der als geisteskrank Bezeichnete wirklich geisteskrank ist? Oder würde es sich vielleicht empfehlen, entgegen der Anschauung Wagner v. Jaureggs, einem von der Kuratelverhängung unabhängigen Administrativverfahren diese Untersuchung zu übertragen? Einen gewissen Vorteil würde meines Erachtens eine solche Lostrennung des Kontrollverfahrens (wenn man schon diesen Ausdruck gelten lassen will) vor dem gerichtlichen Entmündigungsverfahren voraushaben. Das gerichtliche Kuratelverfahren ist heute ein sehr schwerfälliges, langwieriges. Um einen Kranken, der kein Vermögen hat, kümmern sich die Gerichte sehr wenig, ja man kann von einer eigentlichen Fürsorge für die Person des Kranken kaum sprechen, da sich der Schutz des Gerichtes fast nur auf die Vermögensverhältnisse des Kranken bezieht, der Kurator oft sehr weit von dem Kuranden örtlich getrennt wohnt, und tatsächlich nur die Vermögensverwaltung leistet, persönlich an dem Kranken meist recht wenig Anteil nimmt. Die Administrativbehörden würden meistens viel rascher als die Gerichtsbehörden Erhebungen über den Geisteskranken oder als geisteskrank Angesehenen zur Stelle schaffen können. Die Polizeibehörden der größeren Städte, die Administrativbehörden erster Instanz würde ich für solche Erhebungen für viel geeigneter halten, geradeso wie sie ja schon heute die Entlassungsreverse für Geisteskranke überwachen sollen. Denn nur sie sind in der Lage, genügend rasch, eventuell mit Hilfe ihres eigenen Sanitätsorganes festzustellen, ob die Unterbringung eines gegen Revers zu entlassenden Geisteskranken in bestimmten häuslichen Verhältnissen ratsam erscheint oder nicht. Wie der Revers heute gehandhabt wird, speziell in Böhmen gehandhabt wird, ist ja allgemein bekannt. Ich habe schon an anderen Orten wiederholt darauf hingewiesen, daß der heute ausgestellte Revers ein bedeutungsloses Stück Papier ist und daß die öffentlichen Irrenanstalten viel mehr sich ihrer Verantwortung bewußt werden müßten, die sie bei der Entlassung von Geisteskranken auf sich nehmen.

Vollständig einverstanden möchte ich mich mit den Ausführungen des Herrn Vorredners bezüglich des § 34 Abs. 2 des Justizausschußentwurfes erklären. Auch ich halte es für sehr unzweckmäßig, daß der Anstaltsleiter gewissermaßen als Ex-offo-Sachverständiger und offenbar unentgeltlich sein Gutachten abgeben soll, nachdem sich vorher etwa andere Sachverständige über die Zulässigkeit der Anhaltung in der Anstalt geäußert haben. Überhaupt halte ich die Verquickung des Konstatierungsverfahrens mit dem Entmündigungsverfahren nicht für notwendig, ja ich würde glauben, daß vielleicht bei einer Verwaltungsreform, wie sie jetzt in großem Stile in Österreich geplant ist, den Gerichten die Entmündigung und den Administrativbehörden die, wie sich der Herr Vortragende ausgedrückt hat, Kontrolle der Aufnahme und, wie ich hinzufügen möchte, auch der Anhaltung in der Anstalt überlassen werden sollte.

Auf die anderen von V. angeschnittenen Fragen hier einzugehen, würde viel zu weit führen. Ich möchte nur, als gewissermaßen selbstverständlich konstatieren, daß auch uns außerhalb der Anstalten stehenden Psychiatern die Einrichtung der „Vertrauensperson", wie sie der § 30 des Justizausschußentwurfes im Sinne hat, als vollständig undiskutabel erscheint, wie dies schon seinerzeit v. Sölder in Wien hervorgehoben hat. Da würde auch ich mich viel eher mit einer auch von Wagner v. Jauregg befürworteten Berufsvormundschaft einverstanden erklären, welche vielleicht viel besser, als die heute mehr oder minder „unfreiwillige" Vormundschaft für die Person des Kranken sorgen und auch die Umgebung vor unsozialen Kranken schützen könnte.

Wenn der Herr Vortragende aber die vollständige Beseitigung der die Kontrolle der Aufnahmen in die Irrenanstalt betreffenden Bestimmungen aus dem Entmündigungsgesetze verlangt, so könnte dem vom Standpunkt der staatlichen Interessen nur unter der Bedingung zugestimmt werden, wenn gleichzeitig das von den autonomen Behörden so sehr bekämpfte Irrenfürsorgegesetz oder ein ähnliches erlassen und die Staatsaufsicht über das gesamte Irrenwesen gründlich geregelt werden würde.

Eisath-Hall betont, daß für die Kranken, welche nicht gemeingefährlich sind und nur deshalb in die Anstalten eintreten, um Heilung zu finden, erleichterte Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen notwendig sind. Das besprochene Aufnahmeverfahren könne sich höchstens auf solche Kranke beschränken, welche nur wegen ihrer Gemeingefährlichkeit eingewiesen werden.

Schweighofer-Salzburg schildert die Flüchtigkeit der gerichtsärztlichen Konstatierungen des Geisteszustandes und begründet seinen in der Sitzung der Landesausschußvertreter am 6. Juli 1912 gebrauchten Ausdruck Farce für ein solches Verfahren, das zur Untersuchung 1 bis 5 Minuten benötigt und auf die Anstaltskrankengeschichte unbedingt angewiesen ist. Was sei das für eine Garantie gegen Irrungen, wenn ein Kinderarzt auf Grund einer solchen Untersuchung sein Gutachten als Übergutachten über den Anstaltsleiter und die beamteten Anstaltsärzte abgibt, indem er ihre Krankengeschichten abschreibt. Er hält auch Polizeireverse für kein geeignetes Abhilfemittel gegen Verwahrlosung ausgetretener Kranker und verweist auf ungünstige Erfahrungen mit Polizeireversen. Er spricht sich nur für eine weitgehende Organisation aus, welche Hilfsvereine, Armenbehörden, praktische Ärzte und Amtsärzte etc. umfaßt. Nur diese sei eine wirkliche Hilfe und zugleich ein Schutz des Kranken, eine Kontrolle und zugleich eine Deckung der Anstalt.

Rucicka, Schlußwort: Ich habe den Ausführungen der Vorredner nichts Grundsätzliches beizufügen. Nur Herrn Dr. Kalmus gegenüber möchte ich betonen, daß die näheren Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung über den Rahmen eines Entmündigungsgesetzes hinausgehen und einer speziellen Regelung bedürfen. Die Kontrolle der Aufgenommenen ist eigentlich durch geltende Bestimmungen der Anstalts-

statuten vorgesehen. Sie wird jedoch von den Gerichtsbehörden in Wirklichkeit nicht überall ausgeübt. Ihre Ausschaltung aus dem Entmündigungsgesetze wird also nicht unbedingt eine gleichzeitige Kodifizierung des Irrenfürsorgegesetzes zur Folge haben müssen. Diese Kontrolle, die jetzige Konstatierung seitens des zuständigen Gerichtes, sollte fakultativ sein und kann dann auch weiterhin den Gerichtsbehörden überlassen werden. Die Übertragung dieser Funktion an die politischen Verwaltungsbehörden halte ich nicht für zweckmäßig, aber auch für widersprechend mit den geltenden Anstaltsstatuten. Unsere Stellung richtet sich nicht gegen eine Kontrolle überhaupt, sondern gegen die obligatorische Prüfung sämtlicher Anstaltsaufnahmen, welche Schutzmaßregel bei dem jetzigen Stande der Irrenfürsorge in den öffentlichen Anstalten unbegründet ist und mir unnatürlich erscheint.

Zu der Frage der Liquidation der Vorbesuche

stellt Herr Prof. Dr. Weber, Chemnitz, in dankenswerter Weise die nachstehende Entscheidung zum Abdruck zur Verfügung. Eine Anzahl anderer Beschwerden, die er bei verschiedenen Landgerichten des Ober-Landes-Gerichtsbezirkes Celle angemeldet hatte, sind noch nicht beschieden.

„Königliches Amtsgericht I.

Zellerfeld, den 22. Februar 1913.

In der Entmündigungssache G. E 1/08 hat auf Erfordern des Amtsgerichts der Prof. Dr. Weber ein schriftliches wissenschaftliches Gutachten über den Geisteszustand des zu Entmündigenden abgegeben. Zum Zwecke dieses Gutachtens hat er den zu Entmündigenden während der Zeit vom 12. April bis 24. Mai 1911 in der Heil- und Pflegeanstalt, deren Oberarzt er war, beobachtet. Außer den ihm sonst zustehenden Gebühren hat er gemäß Ziffer 17, Abs. 1, Satz 2 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte vom 14. Juli 1909 (Gesetzsammlung Seite 625) für drei Vorbesuche je 3 M., zusammen 9 M. berechnet. Diese sind ihm unterm 6. Juni 1911 zugebilligt und gezahlt.

Die Oberrechnungskammer hat in einer Erinnerung vom 25. November 1912 — 2172 — zur Teilrechnung XIII, 2 der Justizhauptkasse Celle für 1911 unter besonderer Bezugnahme auf einen Erlaß des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 17. Dezember 1910 die Bewilligung der hier fraglichen Gebühren als unzulässig bezeichnet. Im Sinne der Ziffer 17, Abs. 1, Satz 2 des Tarifs vom 14. Juli 1909 seien bei Erstattung schriftlicher Gutachten nur solche Besuche als Vorbesuche anzusehen, die der Arzt außerhalb seiner Wohnung oder, falls er Anstaltsarzt sei, außerhalb der Anstalt mache.

Vom Amtsgerichte ist unterm 14. Januar 1913 die Rückeinnahme angeordnet und Prof. Dr. Weber zur Rückzahlung aufgefordert.

Gegen diese Entscheidung hat er am 11/13. Februar 1913 Beschwerde erhoben (ZPrO. §§ 568 bis 575), die er auf den Wortlaut der Ziffer 17, Abs. 1, Satz 2 und Ziffer 3 des Tarifs vom 14. Juli 1909 gründet, indem er behauptet, daß er nicht dieser Vorschrift entsprechend entschädigt sei.

Als Voraussetzung für die Zubilligung von Gebühren nach Ziffer 3 des Tarifs bestimmt Ziffer 14, Abs. 1, Nr. 2 die Notwendigkeit von Vorbesuchen.

Der von der Oberrechnungskammer angeregte Zweifel bewegt sich um die Frage, ob auch die in der Wohnung des Arztes oder in der Anstalt gemachten Vorbesuche als solche im Sinne der angezogenen Bestimmungen anzusehen sind.

Dies ist nach Ansicht des Amtsgerichts zu bejahen.

Wesentlich erscheint, daß als Vorbesuch im Sinne der Gebührenbestimmungen nicht sowohl der Besuch selbst und die auf ihn verwendete Zeit und Mühe anzusehen ist, als vielmehr die Untersuchung und Beobachtung, zu deren Zwecke er gemacht wird.

Daß dies der Wille des Gesetzgebers gewesen ist, ergibt Ziffer 3, Abs. 2 des Tarifs, der bestimmt, daß bei Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt der Tarifsatz von 5 M. auf 3 M. herabgesetzt wird, wenn der Arzt sich an Ort und Stelle begeben hat und die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden kann. Offenbar liegt danach in der Gebühr von 5 M. eine Gebühr für den Untersuchungsakt. Ist dieser aber außerhalb der Anstalt oder Wohnung zu vergüten, so muß er es auch innerhalb sein, denn die ärztliche Tätigkeit ist in beiden Fällen gleichwertig.

Dieser Auffassung gegenüber ist auch der Unterschied zwischen gemachten und empfangenen Besuchen belanglos.

Ohne Bedeutung ist auch der Gesichtspunkt, daß der Arzt bei seinen Besuchen innerhalb der Anstalt nicht aus seiner gewöhnlichen Tätigkeit heraustrete. Im vorliegenden Falle hat der Sachverständige den zu Entmündigenden, der sich eigens zu diesem Zwecke

in die Anstalt hatte aufnehmen lassen, sechs Wochen lang in der bestimmten Richtung beobachtet, ob seine Entmündigung angezeigt erscheine. Diese Tätigkeit ging jedenfalls über den Rahmen der gewöhnlichen Anstaltsbehandlung weit hinaus und ist mit dem höchstzulässigen Satze der dreimaligen Vorbesuchsgebühr bei weitem nicht abgegolten.

Gemäß § 571 ZPrO. wird die Niederschlagung bezw. Zurückzahlung der von dem Sachverständigen eingeforderten 9 M. angeordnet."

Das Amtsgericht Lehe hat in einem gleichgelagerten Falle der Beschwerde ebenfalls stattgegeben mit ähnlicher Begründung, fügt außerdem noch hinzu, daß der Ausdruck „Untersuchung" in Abschnitt 17, Absatz 2 und 3 des Gesetzes sich auf Sachen beziehe.

Seroneurologie?

Von Dr. med. *Max Klotz*, Arzt am Kinderheim Lewenberg und Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Schwerin.

Ratner hat in diesen Blättern*) kürzlich angeregt, die Neurosen und vielleicht auch die Psychosen als Reaktion auf die toxische Wirkung des artfremden Eiweiß zu betrachten. Durch die Verdauungsprozesse wird bekanntlich das artfremde Eiweiß entspezialisiert. Ist diese Funktion des Organismus irgendwie gestört, dann reagiert der Körper auf die unvollständige Dissimilation des heterologen Eiweiß mit anaphylaktischen oder toxischen Erscheinungen auf nervösem Gebiet. Ratner hofft daher von einer Vertiefung des Studiums der Anaphylaxie und ihrer Anwendung auf die Lehre von den Neurosen entscheidende Fortschritte in der Erkenntnis vom Wesen dieser Erkrankungen.

Ich möchte auf einige Punkte der Ratnerschen Ausführungen aufmerksam machen, die mir angreifbar erscheinen.

Ratner greift zur Stütze seiner Anschauungen auf die Pathologie des Säuglingsalters zurück, mit ihren „durch die artfremden Kuhmilcheiweißkörper verursachten Magendarmstörungen".

Dies Argument ist aber irrig. Die Pädiatrie ist nach jahrelangen Irrwegen und unendlich mühseliger Forschungsarbeit dahin gelangt, das Eiweiß als denjenigen Bestandteil der Kuhmilch anzusehen, der für den Säugling als harmlos zu gelten hat. Kasein wird heute als Heilnährstoff für ernährungskranke Säuglinge selbst der ersten Lebenstage mit beispiellosem Erfolge (soweit es sich um eine künstliche Nährmischung handelt) verwendet. Das artfremde Eiweiß hat, per os verabfolgt, jeden Schrecken für den Kinderarzt verloren. Wird doch homologes und heterologes Eiweiß von den Verdauungsfermenten in genau gleicher Weise bis zu den Aminosäuren abgebaut. Auch das Eiweißmolekül der Frauenmilch wird nicht etwa „leichter" assimiliert, sondern verfällt derselben weitgehenden Zertrümmerung im Darm wie das Kuhmilchkaseinogen.

Nach Ratner soll ferner die Abhängigkeit des Ablaufs der Dissimilation und Assimilation von der Psyche bei weitem geringer sein als von den lokalen Faktoren im Magendarmkanal, welche durch ihr Zusammenwirken den Abbau der Nahrung vollbringen.

Gerade der Pädiater hat Gelegenheit, die Abhängigkeit aller Phasen der Verdauungsfunktion (vom Momente der Nahrungsaufnahme an bis zur Entleerung der Schlacken) vom Nervensystem zu beobachten und unter den einfachsten Versuchsbedingungen zu studieren — nämlich beim Brustkind. Dieses hat kein artfremdes Eiweiß zu verarbeiten und weist doch typische nervöse Magen- und Darmaffektionen, gesondert oder vereint, auf. Es würde zu weit führen, näher hierauf einzugehen. Nur ein Beispiel: Den neuropathischen Säugling verraten häufig zu allererst zahlreiche, in allen Farben der Palette spielende, Stühle. Wenn ein Brustkind ständig diarrhoische Entleerungen hat, dann wird der erfahrene Pädiater — grobe Fehler der Ernährungstechnik und parenterale Infektionen ausgeschlossen — sofort auf neuropathische Stigmata fahnden und sehr selten eine Fehldiagnose tun. Es gibt Brustkinder, die niemals einen typischen „goldgelben" Brustkindstuhl haben, sondern bis in ihr zweites Lebensjahr hinein ständig gehäufte Entleerungen aufweisen, dabei aber befriedigend gedeihen. Diese „sensiblen" Kinder behalten aber die erhöhte Reaktionsbereitschaft ihres Magens oder Darmes ihr Lebelang bei und beantworten oft lächerlich geringfügige lokale Reize oder psychische Insulte mit vehementen Reaktionen: Erbrechen, Fieber, Krämpfe, Diarrhöe.

Ratner definiert schließlich die Pathokinetik der Neurosen „als Ausfluß der auf infantiler Stufe stehengebliebenen Verdauungstätigkeit der Darmwand in letzter Linie." Diese wirkungsvolle Formulierung

*) Nr. 28, 1912/13, Seite 324.

ist aber schon aus sich heraus angreifbar. Was heißt infantile Verdauungstätigkeit? Der Verdauungsapparat des Säuglings ist im Prinzip der gleiche wie derjenige des Erwachsenen; er besitzt alle Verdauungssäfte, alle Fermente wie jener. Er verdaut in entsprechender Zubereitung angebotenes Fleisch, Gemüse usw. qualitativ genau so gut wie der des Erwachsenen. Der infantile Verdauungsapparat ist an sich sogar leistungsfähiger als der des Erwachsenen: er unterhält einen Wachstumsprozeß von imponierendem Effekt mit Hilfe eines erstaunlich bescheidenen und einseitigen Materials. Er wirtschaftet beispiellos rationell. Es darf daher infantil nicht mit „minderwertig" oder „abnorm funktionierend" in einem Atem gebraucht werden.

Wenn ich aber auf den „Infantilismus" rekurriere, so geschieht es, um auf eine bemerkenswerte Arbeit aus der Feder Herters hinzuweisen: den „intestinalen Infantilismus". Herter kennzeichnet mit diesem Namen einen nicht gerade seltenen Typus von Kindern, die in der körperlichen Entwicklung enorm rückständig (beispielsweise mit 7 Jahren nur $11^1/_4$ kg wiegen), dagegen psychisch normal sind. Es bestehen nach Herter ernste Defekte der Verdauung und Absorption dergestalt, daß der Organismus unfähig ist, den ihm angemessenen Anteil des Nährmaterials aus dem Verdauungstrakte zu beziehen. Herter fand bei diesen Kindern eine Persistenz der Säuglingsdarmflora und ist geneigt, diese abnorme Darmflora für das Endergebnis, den Infantilismus, mitverantwortlich zu machen. Wäre Ratners Hypothese richtig, dann müßten wir in diesen Fällen eigentlich alle erdenklichen Neurosen und Psychosen antreffen, denn hier haben wir ja eine auf „infantiler" Stufe beharrende Verdauungstätigkeit, welche außerdem, wie Herter festgestellt hat, zu starker Produktion von Fäulnisprodukten tendiert. Aber Herter berichtet nichts von Neurosen und Psychosen; er fand Nerven und Gehirn stets gesund. Nur in einem Falle beobachtete er epileptiforme Anfälle, aber auch nicht während des Blütestadiums des Infantilismus, sondern zur Zeit der Rekonvaleszenz, während rapiden Körpergewichtsanstiegs. Herter sieht trotzdem die Sachlage so, daß hier ein „unanfechtbarer Fall von Epilepsie vorliegt, die sich als das Resultat einer zerebral irritativen Intoxikation durch aus dem Darm absorbierte Fäulnisprodukte entwickelt." Aber wie schon erwähnt, ist dies der einzige Fall unter der mittlerweile schon nicht unbeträchtlich angewachsenen Kasuistik des intestinalen Infantilismus.

Mir scheinen gegen diesen Gedankengang Herters die Fälle echter Epilepsie zu sprechen, die sich schon bei Brustkindern zeigte, also bei arteignem Eiweiß und bei Abwesenheit jedweder intoxizierenden Fäulnisprodukte.

Mit der Eiweißtheorie Ratners läßt es sich endlich sehr schwer in Einklang bringen, daß beim intestinalen Infantilismus in erster Linie der Kohlenhydratabbau und die Fettassimilation gestört sind, der Eiweißstoffwechsel dagegen normal abläuft, ja Eiweiß der einzige Nährstoff ist, der vertragen wird — ein Analogon zu der eingangs erwähnten modernen Auffassung der Pädiater von der völligen Unschädlichkeit dieses „königlichen Nährstoffs", mag er in arteigener oder artfremder Form geboten werden.

Mitteilungen.

— **Spirochäten bei Paralyse.** In der Sitzung des Ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. vom 10. Februar 1913 demonstrierte Ehrlich einen Schnitt aus dem Gehirn eines Paralytikers, worin Spirochäten deutlich zu erkennen waren. Dieser Schnitt ist ihm von Dr. Noguchi, dem berühmten Spirillenforscher am Rockefeller-Institut in New York, gesandt worden zugleich mit der Nachricht, daß Noguchi bei 14 unter 71 Paralytikergehirnen Spirochäten gefunden habe. Nach Ehrlich hat man sich nunmehr das Zustandekommen der Remissionen so vorzustellen, daß die Spirochäten bei einem gewissen Grad ihrer Wucherung die Bildung eines Antikörpers auslösen, der die Spirochäten zum mehr weniger großen Teil tötet,] die Verschlimmerung demgemäß so, daß die lebend gebliebenen Spirochäten sich dem Antikörper anpassen und sich in einer für das Gehirn schädlichen Weise vermehren. So erklärt sich auch leicht, daß man nicht in jedem Paralytikergehirn Spirochäten zu finden erwarten darf, und daß die Wirkung der antisyphilitischen Mittel in den verschiedenen Stadien der Paralyse verschieden sein muß. Vermutlich liegt der Paralyseerkrankung ein Rezidivstamm zu Grunde, der sich biologisch von den Spirochäten der frischen Infektion unterscheidet, aber auch hinsichtlich der Reaktion auf Heilmittel. Die Spirochäten befanden sich bei dem von Noguchi eingesandten Schnitt in einer bestimmten Zone in der Rinde, unterhalb des durch Gliawucherung verdickten Randsaumes der Rinde, und zwar verstreut im Gewebe, nicht in den Gefäßwänden oder um dieselben, auch nicht in der Marksubstanz und nicht in der Pia, die ja doch ver-

dickt und infiltriert ist. Die Färbung der Schnitte geschieht nach der — etwas modifizierten — Levaditi-Methode. Es waren vorwiegend rasch verlaufene Fälle, wo Spirochäten in der Rinde gefunden wurden. Noguchi und Moore haben ihre Befunde im Journal of Experimental Medicine, Nr. 2, Februar 1913 veröffentlicht, dabei auch die Krankengeschichten, um nachzuweisen, daß es sich um typische Paralysen, nicht etwa um Gehirnsyphilis (in dem bisherigen Sinne dieses Wortes) handelte. —

Wenn diese Befunde bestätigt und in gleicher Weise bei Tabes erhoben werden, so dürfte der Begriff „Metalues" ausgedient haben, nachdem er sich zwei Jahrzehnte vorzüglich bewährt. Eine „Paralues" läßt sich vielleicht einmal feststellen in dem auf Seite 326, Nr. 28, Jahrgang XIV dieser Wochenschrift vom 12. Oktober 1912 bezeichneten Sinne.

* * *

In einer Zuschrift an die Redaktion dieser Wochenschrift macht Dr. Arthur Adler, Nervenarzt in Berlin, darauf aufmerksam, daß er, seines Wissens als erster, in einem Aufsatz im Juni-Heft 1908 des Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie: „Tabes und progressive Paralyse in ihren Beziehungen zur Syphilis" — die Paralyse als echt syphilitische (nicht meta- oder parasyphilitische) Gehirnerkrankung angesprochen und darauf hingewiesen habe, daß nur bei dieser Annahme der progrediente Verlauf der Tabes und Paralyse zu verstehen sei.

— Der Psychiater Dr. Berillon in Paris von einer Geisteskranken angefallen. Der bekannte Dr. Edgar Berillon, amtlicher Inspektor der staatlichen und departementalen Irrenanstalten, wurde am 18. II. auf der Straße von einer 50jährigen Wahnsinnigen, der er auf dringendes Ersuchen ihrer Familie die Entlassung aus der Irrenanstalt bewilligt hatte, um sie der Familienpflege zu überlassen, angefallen und mit einem Revolver zweimal angeschossen. Die Kugeln zerrissen ihm den Pelz, fügten ihm jedoch keinen anderen Schaden zu.

— Das zukünftige Entmündigungsverfahren in Österreich. Im österreichischen Abgeordnetenhause sprach am 11. Februar eine Abordnung der Vorstände der Landesirrenanstalten von Niederösterreich, Kärnten und der Bukowina bei Mitgliedern des Justizausschusses in Angelegenheit des Entmündigungsgesetzentwurfes vor. Die Abordnung ersuchte die Abgeordneten, bei der Behandlung der Regierungsvorlage darauf zu beharren, daß bei der Frage der Entmündigung die Aufstellung einer Vertrauensperson zu entfallen habe. Die Abordnung erklärte, daß die Einführung von Vertrauenspersonen für die öffentliche Irrenpflege eine Katastrophe wäre, denn die Erfahrung lehrte, daß die Irrenanstalten bei Einführung von Vertrauenspersonen zum Tummelplatze aufreizender und aufwiegelnder Elemente würden. Weiter ersuchte die Abordnung, daß das Konstatierungsverfahren nicht bei jedem Kranken, sondern nur auf Wunsch des Kranken oder dessen Angehörigen durchzuführen sei und daß diesem Verfahren als Sachverständiger auch ein Anstaltsarzt zugezogen werde. Es müsse auf Heranziehung von zwei Sachverständigen, von denen einer ein Anstaltsarzt ist, bestanden werden. Die Abgeordneten, welche die Ausführungen des Sprechers der Deputation, Regierungsrates Direktor Dr. med. Starlinger (Mauer-Öhling), mit großem Interesse entgegennahmen, erklärten, für die Berücksichtigung der vorgebrachten Punkte eintreten zu wollen.

Referate.

— Mendel, Kurt und Tobias, Ernst, Berlin: Die Tabes der Frauen. Verlag von S. Karger, Berlin, 1912. 77 S.

Es wird zunächst das Vorkommen der Frauentabes nach Ständen, Beruf und Alter besprochen, wobei auffällt, daß die Tabes bei Frauen seltener auftritt, aber im Gegensatz zu dem gleichen männlichen Alter in der ersten Hälfte des 6. Lebensdezenniums einen Aufstieg aufweist. Nach den Geburtsverhältnissen der tabischen Frauen (Sterilität, Aborte) wird als die Hauptursache die Syphilis festgestellt, gegenüber denen andere Ursachen, wie Erkältung, Trauma, Überanstrengung (Nähmaschine), sexuelle Exzesse, Alkohol und neuropathische Belastung nur als auslösende Gelegenheitsursachen wirken. Auffällig ist bezüglich der Inkubationsdauer, daß dieselbe übereinstimmend mit andern Autoren bei unbehandelter Syphilis am längsten (16,2 Jahre), bei einmaliger Quecksilberbehandlung weniger lang (11,4 Jahre), bei zweimaliger Kur am kürzesten (7,5 Jahre) währte. Symptomatologisch ist erwähnenswert, daß Arteriosklerose und Arthropathien bei Frauen häufiger als bei Männern vorkommen, abgesehen von Störungen von Organen, die nur der Frau zukommen (Clitoris, Ovarialkrisen); dagegen sind die Symptome bei Frauen im ganzen weniger qualvoll als beim Mann; Ataxie, Blasenstörungen, gastrische Krisen, Sensibilitätsstörungen treten später auf und der ganze Verlauf der Tabes ist milder. Schließlich werden auch die Komplikationen (Hysterie, Migräne, Paralysis agitans) und die Therapie kurz gestreift. — Die vorliegende Monographie verdient Beachtung und Berücksichtigung in weiten ärztlichen Kreisen.

— Näcke, Med.-Rat Prof. Dr.: Die Dauer der postmortalen mechanischen Muskelerregbarkeit bei chronisch Geisteskranken, speziell Paralytikern. Sonderabdruck aus der Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. VII, H. 4.

Vf. findet unter anderem, daß Muskelzuckungen und als späteres Symptom Muskelwülste nach zwei bis drei Stunden p. m. durch Schlag mit dem Perkussionshammer hervorzurufen sind, und betont die forensische Bedeutung dieses Symptoms, das zeitlich sicherer als der Nachweis von Totenstarre und -flecken ist.

— Kahl, A. München: Über Salvarsantherapie bei Lues cerebri. Inaug.-Dissert. 1911.

Eine Zusammenstellung sämtlicher, bisher mit Salvarsan behandelter Fälle von Lues cerebri nebst einigen eigenen mit Besprechung der therapeutischen Erfolge und der Gefahren der Behandlung.

— Velzen, Dr. S. K. Thoden van, Joachimstal: Psychoencephale Studien. IV. Aufl. 1911.

Eine Reihe lose zusammenhängender Ab-

handlungen über Körper und Seele, die in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können.

— Braus, Prof. Dr. H., Heidelberg, Die Entstehung der Nervenbahnen. Leipzig, Verlag von Vogel. 35 S. 2 M.

Vf. kommt zu dem Resultat, daß die genau bekannten Ganglienzellen (Neuroblast, Neuron) zwar die wahren Erzeuger der Nerven sind, daß sie aber nicht allein Nervenbahnen bilden, sondern dazu der Hülfe eines weniger gut bekannten, autochthonen Faktors bedürfen, der sog. Zellfäden der „kernarmen" und „kernreichen" Nervenstrecke („Plasmodesmen"), welche gewissermaßen die Leitzellen für die in das Gewebe einwachsenden Neuriten bilden.

— Singer, Dr. Kurt, Berlin: Die Ulnaris-Lähmung. Verlag von S. Karger, Berlin 1912. 123 S.

Eine auf den reichen Fällen der Ziehen'schen Klinik in Berlin sich aufbauende Monographie, die in erschöpfender Weise das Bild der Erkrankung, ihre Ätiologie (mechanische infektiöse, toxische, autotoxische, professionelle und dyskrasische Formen), die kombinierten Ulnarislähmungen, dieselben als Teilerscheinung anderer organischer Krankheiten, ihre Diagnose, Prognose und Therapie bespricht.

— Scholz, Dr. med. L., Anomale Kinder. Berlin 1912, Verlag von S. Karger. 442 Seiten.

Vf., der über eine reiche Erfahrung verfügt, bespricht in seinem Buch neben den Fragen der Vererbung und Entartung, den Ursachen und den körperlichen Begleiterscheinungen den kindlichen Schwachsinn, die Nervosität, Hysterie, Epilepsie, den Veitstanz, die Psychopathen, die Störungen in der Pubertätszeit und den Selbstmord; die Behandlung wird nach ihren allgemeinen Grundsätzen in körperlicher und geistiger Beziehung besprochen; schließlich wird auch das Notwendigste über die soziale Fürsorge für anomale Kinder und Jugendliche in ihrer jetzigen Gestalt gestreift. — Das Werk ist für Gebildete aller Stände geschrieben, insbesondere soweit sie an der Jugendfürsorge interessiert sind; auch der Arzt wird mancherlei aus ihm lernen können. Zwischen Überwissenschaftlichkeit und Trivialität die richtige Grenze innehaltend, gehört das Werk zu den besten, die auf diesem Gebiet geschrieben sind, und es ist ihm eine möglichst weite Verbreitung zu wünschen.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Königslutter.** Am 10. Februar d. Js. ist als Assistenzarzt in den hiesigen Anstaltsdienst eingetreten der Dr. med. Paul Ritter, gebürtig aus Erfurt, zuletzt Assistenzarzt an der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Jerichow.

Therapeutisches.

Ueber ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel. Von Dr. Dufaux, Berlin. (Zeitschrift für Urologie, 1912, Band VI.)

Durch frühere Untersuchungen Löhlein's wurde eine stark gonokokkentötende Wirkung der gallensauren Salze festgestellt. Zur Bekämpfung gonorrhoischer Affektionen sind sie infolge ihrer sekretlösenden Eigenschaft hervorragend geeignet, denn der große Teil der Gonokokken, der in Eiterkörperchen oder in Epithelzellen enthalten ist, wird erst durch die Auflösung dieser Zellen einem bakteriziden Einflusse zugänglich. Verfasser hat daher versucht, die gallensauren Salze für die Therapie der Urethralgonorrhoe nutzbar zu machen, indem er sie mit dem adstringierend und antibakteriell wirkenden Silber kombinierte. Auf seine Veranlassung hat E. Merck (Darmstadt) ein reines, haltbares Argentum colloidale mit einem gallensauren Salz als Schutzkolloid dargestellt und zwar hat sich nach zahlreichen Versuchen eine 2 proz. kolloidale Ag-Lösung mit 7,5 proz. choleinsaurem Na am zweckmäßigsten erwiesen. Das als Choleval bezeichnete Präparat soll durch seine eigenartige, bisher noch nicht beachtete Wirkungsweise die Gonorrhoe der Harnröhre schneller, radikaler und glatter zur Heilung bringen, als die übrigen Trippermittel. Man verschreibt zunächst 100 g einer 5 proz. Lösung von Choleval und läßt sie erst mit dem doppelten, dann mit dem gleichen Teile Wasser verdünnt, schließlich unverdünnt einspritzen. Treten keine Reizerscheinungen auf, so verschreibt man 100 g 10 proz. Lösung, die man wie die erste anfangs verdünnen läßt. Wenn nötig verordnet man noch eine 15 proz. und ausnahmsweise eine 20 proz. Lösung. Ist der eitrige Ausfluß zum serösen Tropfen geworden oder verschwunden, so sollen die Injektionen nicht sistiert, sondern mit allmählich absteigender Konzentration noch fortgesetzt werden. Tripperkomplikationen wurden in keinem der behandelten Fälle beobachtet.

Lungenbluten. Von Prof. Dr. Umber, Charlottenburg-Berlin. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1912, Nr. 20.)

Die therapeutischen Maßnahmen zur Bekämpfung des Lungenblutens haben sich darauf zu erstrecken, die Kontraktion der geschädigten Gefäßwand zu befördern, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu erhöhen und das Abreißen der Thromben zu verhüten. Dem ersten Erfordernis entsprechen die üblichen Maßnahmen, wie Ruhigstellung der betr. Thoraxseite, Auflegen von Sandsack und Eisblase, Kochsalzdarreichung, ferner kommen Atropininjektionen und Abbinden der Gliedmaßen in Betracht, während Anwendung von Sekale, Opiumderivaten und Adrenalin ohne Einfluß bezw. irrationell ist. Die zur Förderung der Blutgerinnung empfohlene Kalkbehandlung hat sich bei experimenteller Prüfung unwirksam gezeigt. Dagegen gibt die Gelatinebehandlung nach vieljähriger Erfahrung des Verfassers zweifellos günstige Erfolge. Am wirksamsten und zweckmäßigsten erscheint die subkutane Einverleibung der Gelatina sterilisata-Merck. Injektion von 1—2 Tuben à 40 ccm dieser Gelatine unter die Brusthaut, wenn möglich in die vordere obere Thoraxgegend der blutenden Seite leistet sicherlich Nützliches. Die Injektionen pflegen nicht ganz schmerzlos zu sein und bewirken dadurch eine gewisse unwillkürliche Ruhigstellung. Eine neuerdings vorgenommene Prüfung der Gerinnungszeit des Blutes ergab in einer Reihe von Fällen ausgesprochene, teils erstaunlich hohe Gerinnungsbeschleunigung durch Gelatineinjektionen. Innerliche und rektale Darreichung von Gelatine wird zweckmäßig mit der subkutanen kombiniert. Zur Ruhigstellung der Thrombosierung ist strengste Ruhe des Kranken in körperlicher und psychischer Hinsicht, sowie absolutes Sprechverbot angebracht. Eventuell sind die Narkotika angezeigt. Zu operativen Eingriffen, wie Rippenresektion oder künstlichem Pneumothorax dürfte sich der Arzt nur schwer entschließen, zumal die übrigen erwähnten Maßnahmen auch bei Spätblutungen in der Regel zum Ziele führen.

Zur Pharmakodynamik des Wasserstoffsuperoxydes. Von Dr. A. Nagy, Innsbruck. (Allgemeine Med. Central-Zeitung 1912, Nr. 35.)

Das Wasserstoffsuperoxyd ist eine Substanz, die in reinem Zustande, also in Form des Perhydrols, keine giftigen Komponenten enthält. Bei ihrer Zersetzung zerfällt die Verbindung in Wasser und in Sauerstoff. Beide sind physiologische, chemisch für den Organismus unschädliche Stoffe. Die Abspaltung von Sauerstoff vollzieht sich am liebsten dort, wo bakterielle Produkte auf Gewebe und Zellen des erkrankten Organismus einen Zerfall einleiten und herbeiführen, der unter

den Zeichen der putriden Zersetzung vor sich geht. Es handelt sich um eine elektive Wirkung, wobei die normalen Elemente des Organes unversehrt bleiben; auch der Leib der Bakterien scheint nicht angegriffen zu werden, sondern die Reaktion vollzieht sich gerade in der Grenzzone des Gesunden und Kranken resp. Krankmachenden. Nach übereinstimmenden Beobachtungsresultaten begünstigt die Perhydrolanwendung die Demarkation bei entzündlichen und brandigen Prozessen sowohl an der Oberfläche, als auch in der Tiefe der erkrankten Organe. Der freiwerdende Sauerstoff leistet dem Körper bei der Eliminierung abgestorbener Gewebe außerordentlich wirksame Hülfe. Mit der bloß mechanischen Wirkung ist aber die Pharmakodynamik des Perhydrols noch keineswegs erschöpft. Die komplizierten chemischen Umsetzungen, welche bei den bakteriell verursachten Zersetzungen der tierischen Zellen und Gewebe eintreten, entsprechen verschiedenen Stufen der Oxydation. Die präliminaren Zersetzungsprodukte sind größtenteils nicht vollkommen oxydiert. Die Höchststufe der Oxydation kann wegen Mangel an Sauerstoff nicht erlangt werden. Wenn dieser aber, wie bei der Perhydrolanwendung, an Ort und Stelle reichlich dargeboten wird, können die definitiven Zerfallstufen auf kurzem Wege erreicht werden. Die intermediären Zersetzungsprodukte (Indol, Skatol, Karbonsäure etc.) sind im Vergleiche zu den definitiven (Wasser, Kohlensäure, kohlensaures Ammoniak, Schwefelwasserstoff etc.) weniger indifferent. Durch Begünstigung des Oxydationsprozesses wird dem Organismus Arbeit und Zeit erspart, was zweifellos ein wichtiges therapeutisches Ziel ist. Ein wichtiges Postulat für die Erzielung des erwünschten therapeutischen Effekts und die Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen ist die Reinheit des Wasserstoffsuperoxydes.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 50. 15. März **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Neurologisches aus den Anstalten.

Von Dr. *Lachmund*, Abteilungsarzt an der Provinzialheilanstalt zu Münster i. W.

Fall 3: Multiple und diffuse Sklerose des Zentralnervensystems (mit Obduktionsbefund).*)

Frau Elisabeth K., bei der Aufnahme in die hiesige Provinzialheilanstalt im Juli 1907 30 Jahre alt, angeblich ohne hereditäre Belastung, in kleinbäuerlichen Verhältnissen groß geworden, hat keine schwereren Krankheiten durchgemacht, insbesondere keine Lues akquiriert und keinen Unfall erlitten; sie ist Mutter zweier gesunder Kinder von fünf und vier Jahren. Das letzte 1903 geboren, nährte sie nach dem ärztlichen Aufnahmezeugnis zwei Jahre lang, ohne daß die Menstruation wiedergekehrt wäre; erst noch ein Jahr später stellte sich diese wieder ein, jedoch spärlich und mit langen Pausen. Zugleich entwickelte sich folgendes Krankheitsbild: Pat. klagte über Kopfschmerzen und Schwindel, die Beine zeigten eine gewisse Schwäche und Steifheit, der Gang wurde unsicher und schwankend; dabei wurde sie still, war gedrückter Stimmung, gab in langsamer, anstoßender Sprache kurze Antworten, stierte vor sich hin, wurde hochgradig schwachsichtig, schlief viel, das Gedächtnis nahm ab. Wegen dieser bei ihr zutage tretenden geistigen Schwäche kam sie in der hiesigen Anstalt zur Aufnahme.

Hier bot Frau K. folgenden Befund (April 1908): Innere Organe ohne nachweisbaren krankhaften Befund. Puls regelmäßig, Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Nervensystem: Keine Degenerationszeichen. Schädel ohne Narben, nicht klopfempfindlich. Größter Umfang 56 cm. Der Kopf ist, wenn ihn Pat. anlehnt und nicht bewegt, in Ruhe. Bei jedem Versuch ihn zu bewegen setzt sofort ein charakteristischer Intentionstremor ein. Dabei sind die Kopfbewegungen nach allen Richtungen etwas beschränkt, bei stärkerer passiver Bewegung wird über Schmerzhaftigkeit im Nacken geklagt. Die Halswirbel sind auf Druck stark empfindlich. — Augen: Die Pupillen sind rund, gleichgroß, reagieren aber auf Lichteinfall und Konvergenz nur spurweise. Augenbewegungen: Es besteht Blicklähmung nach oben. Bei Seitwärtsbewegung der Bulbi nach rechts und links erheblicher Nystagmus. Pat. fixiert gewöhnlich nur mit dem linken Auge, das rechte weicht nach außen etwas ab. Augenhintergrund: Die Papillen erscheinen teilweise abgeblaßt, doch ist die Untersuchung wegen des Nysta mus und Kopftremors sehr erschwert. Der Trigeminus erscheint sowohl in seinem sensiblen wie motorischen Teil frei (später stellte sich eine Erschwerung des Mundöffnens und des Kauens ein). Mimisch tritt öfters lebhaftes Zwangslachen auf; das Gesicht bleibt dabei aber so starr, daß schwer zu sagen ist, ob Pat. krankhaft lacht oder weint. Beide Faziales zeigen beim Pfeifen, Lippenspitzen, Zähnefletschen, Backenaufblasen eine deutliche Schwäche. Die Zunge kommt gerade, wird höchstens spurweise nach rechts abgelenkt. Das Gaumensegel wird beim Intonieren nur schwach, aber gleichmäßig gehoben. Die Sprache ist verwaschen, oft heiser, überkippend. — Die Arme weisen keine Atrophie, kein Zittern oder Wogen der Muskulatur, dagegen vermehrten Tonus, Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe, ausgesprochenen Intentionstremor, dabei statische und Bewegungsataxie, links mehr wie rechts, auf. Aufrichten von der Lage zum Sitz ist ohne Hilfe der Hände möglich; der Gang ist spastisch-paretisch, dabei stark schwankend.

*) Erschienen als Beitrag zur „Festschrift zur Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Münster 1912“.

An den unteren Extremitäten sind die Sehnen- und Periostreflexe ebenfalls stark erhöht, es besteht beiderseits Babinski, Patellar- und Fußklonus. Das Beinheben und die Dorsalflexion des Fußes geschieht rechts schwächer als links. Die Sensibilität (Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit) ist an den unteren Extremitäten etwas herabgesetzt. — Im weiteren Verlauf der Krankheit wurde der Gang immer unsicherer, schließlich unmöglich. Es stellten sich Blasenstörungen ein, so daß Pat. bei ihrer Unfähigkeit Urin zu lassen, ständig katheterisiert werden mußte, ebenso Mastdarmstörungen. Auffallend waren auch Störungen der Zähne, offenbar trophischer Natur; sie wurden reihenweise kariös, legten sich zum Teil ganz um, so daß sie wagerecht aus dem Munde herausstanden, die an sich durch die Trigeminusbeteiligung schon behinderte Nahrungsaufnahme weiter erschwerten und entfernt werden mußten. — Nebenhergehend hatten sich auf den Lungen tuberkuloseverdächtige Erscheinungen eingestellt und weiter eine schwere Zystitis, die dann auch den Exitus let. herbeiführten.

Nach dem ausführlich beschriebenen objektiven Befunde mußte bei unserer Kranken die Diagnose „multiple Sklerose" gestellt werden. Auffallend und über das Bild der multiplen Sklerose hinausgehend war nun aber das psychische Verhalten der Patientin. Schon nach verhältnismäßig kurzem Bestehen der Krankheit, spätestens ein Jahr nach Beginn derselben traten eine allgemeine Apathie und Indolenz, Desorientierung und Gedächtnisabnahme so sehr in den Vordergrund, daß zur Einlieferung in die hiesige Heilanstalt geschritten werden mußte. Hier war Pat. zuerst noch einigermaßen komponiert, antwortete sinngemäß auf leicht verständliche Fragen, und war in ihrem Verhalten geordnet. Jedoch war sie bereits in jeder Beziehung desorientiert, verkannte ihren Mann und ihren Bruder, nannte sich bei ihrem Mädchennamen, und ließ große Defekte der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses erkennen. Dazu kamen allerhand delirante Zustände mit vereinzelten Gehörshalluzinationen, so daß sie zeitweise ganz das Bild der „Korsakoffschen Psychose" bot. Weiter trat dann Perseveration einzelner Antworten, weiter amnestisch-aphasische Störungen auf, und im September 1909 bekam sie einen Anfall von totaler motorischer Aphasie, der sich nach einiger Zeit wieder zurückbildete. Die psychischen Erscheinungen gingen dann immer mehr in terminalen Blödsinn über. Die oben erwähnten Lungen- und zystitischen Erscheinungen führten schließlich im Januar 1910 zum Exitus.

Die Obduktion hatte folgendes Ergebnis: Tuberkulose beider Lungenflügel, im linken etwa walnußgroße Kaverne. Milztumor. Pyelonephritis beiderseits und Cystitis ulcerosa. Rückenmark: Durch die Rückenmarkshäute schimmert in der Lumbalgegend eine Partie von ca. Pfennigstückgröße gelblich durch; das Rückenmark selbst erscheint hier oberhalb der Lumbalanschwellung eingeschnürt, das Mark selbst zeigt einen Erweichungsherd von breiiger Konsistenz; sonst keine makroskopischen Herde erkennbar. Gehirn: An den Hirnhäuten nichts Auffallendes. Das Gehirn hat äußerlich normale Konfiguration und Konsistenz, bis auf einzelne Stirnpartien, die sich deutlich härter anfühlen wie das übrige Hirn, und deren Windungen etwas verschmälert erscheinen. Bei der Zerlegung des Hirns finden sich im ganzen Hirn regellos zerstreut sklerotische Herde von kleinstem bis größerem Umfange, die sich von der Umgebung scharf abgrenzen, sich härter wie das umgebende Gewebe anfühlen und einen gelblich-bräunlichen Farbenton haben. Sie sind sowohl in der Mark- wie in der grauen Substanz, besonders zahlreich im linken, mehr noch im rechten Stirnhirn verteilt; in beiden Stirnhirnen fühlen sich außerdem ganze Partien ebenso derb an wie die sklerotischen Plaques, sind sichtlich trockener wie die sonstige Gehirnmasse und von lederartiger Konsistenz; die hier deutlich verschmälerte Marksubstanz hat einen gelblichen Farbenton und unterscheidet sich auch dadurch von der weißen Farbe der gesunden Marksubstanz. Nirgends Spuren eines Tumors, nirgends Erweichungen, keine Ependymgranulationen.

In Kürze wiederholt entwickelte sich also bei einer jungen Frau vom Lande im Verlauf mehrerer Jahre eine nervöse Erkrankung, die man bei dem Bestehen von charakteristischem Intensionstremor, Nystagmus, Augenmuskel- und Sprachstörungen, spastisch - paretischen Erscheinungen an Armen und Beinen, Babinski, Patellar- und Fußklonus, weiter nach dem ganzen, durch einzelne Schübe gekennzeichneten Verlauf als multiple Sklerose ansprechen muß. Die Obduktion hat die Diagnose bestätigt. Ob das Fortbleiben der Menstruation nach Geburt ihres zweiten Kindes (mehrere Jahre hindurch) mit der Ursache ihrer Erkrankung in Zusammenhang zu bringen ist, bleibt eine offene Frage; die zeitliche Koinzidenz ist jedenfalls vorhanden; 1903 war die Geburt des Kindes; sie nährte es bis 1905; erst 1906 trat die Menstruation spärlich und mit langen Pausen wieder ein; zugleich entwickelte sich bis 1907 die Krankheit soweit, daß sie zur Aufnahme in die hiesige Heil-

anstalt Veranlassung gab. Während der hiesigen Beobachtung war nun u. a. interessant das oben beschriebene Verhalten der Zähne; vor kurzem hat v. Wagner-Jauregg in Wien darauf aufmerksam gemacht, daß man gerade bei multipler Sklerose häufig ausgebreitete kariöse Zerstörungen antrifft; interessant war ferner die Starre des Gesichts bei dem zwangsmäßigen Lachen resp. Weinen der Kranken, wobei man nicht unterscheiden konnte, ob es ein Zwangslachen oder Zwangsweinen war. Am meisten ins Auge fallen mußte aber bei unserer Kranken das psychische Verhalten, das, wäre nicht der objektive Nervenbefund so eindeutig gewesen, Zweifel an der Diagnose hätte erwecken können. Es stellten sich im weiteren Verlauf der Krankheit nämlich wie gesagt schwere psychotische Erscheinungen ein, wie sie bei multipler Sklerose ganz ungewöhnlich sind, teils Korsakoffsche Symptome, schwere Desorientierung, Merkfähigkeitsdefekte, halluzinatorische delirante Zustände, weiter Perseveration, amnestisch-aphasische Störungen, eine schubweise auftretende totale motorische Aphasie, schließlich völlige Demenz. Daß die multiple Sklerose, wenn auch in selteneren Fällen, mit einzelnen Störungen der psychischen Funktionen, wie allgemeiner Apathie und Interesselosigkeit, Gedächtnisschwäche, einzelnen Halluzinationen und deliranten Zuständen, einhergehen kann, haben in letzter Zeit verschiedene Autoren gezeigt (Nonne u. a.). Es wurde daher angenommen, daß eine besonders große Anzahl sklerotischer Herde, und hauptsächlich Rindenherde als Ursache für die schweren psychischen Ausfallserscheinungen vorhanden sein müßten. Die Obduktion ergab nun zwar in der Tat den erwarteten Befund, ergab aber weiter noch eine Sklerosierung ganzer Rindenpartien in beiden lob. front., also eine auf Teile des Stirnhirns beschränkte diffuse Hirnsklerose neben den multiplen, disseminierten sklerotischen Herden. —

Der Ausdruck diffuse Sklerose ist früher auf recht verschiedene Zustände angewandt worden. Erst Heubner umgrenzte den Begriff und sonderte differentialdiagnostisch die diffuse von der multiplen Sklerose ab; nach ihm kennzeichnet sich das Leiden durch fortschreitende Parese der Beine, dann der Arme und durch Eintritt von Apathie, die in Demenz übergeht; anatomisch entspricht diesem Prozeß eine Konsistenzvermehrung höheren Grades der ganzen Hemisphäre des Balkens, während Pons und Medulla geschrumpft, verkleinert, induriert erscheinen. In unserm Falle ist nur ein verhältnismäßig geringer Teil des Hirns diffus sklerotisch, während das übrige Hirn normale Konsistenz hat, nur von echt sklerotischen Herden durchsetzt ist; es besteht also ein Nebeneinander von typischer disseminierter Sklerose und partieller diffuser Sklerose des Gehirns. Auf das Konto der letzteren sind nun offenbar die bei der disseminierten Sklerose ungewöhnlichen Störungen auf psychischem Gebiete im vorliegenden Falle zu setzen, und es ergibt sich daraus, daß bei solchen Kranken, bei denen nach dem klinischen Bilde und dem ganzen Verlauf eine multiple Sklerose sicher nachgewiesen ist, und bei denen dann später erheblichere psychotische Erscheinungen und terminale Demenz eintritt, an das Bestehen diffuser sklerotischer Prozesse neben der disseminierten multiplen Sklerose gedacht werden muß.

Zur Geschichte der Psychiatrie. II.

Von Direktor Dr. *Herting*-Galkhausen.

Eine Unterbringung der Geisteskranken, getrennt von anderen Internierungsbedürftigen, war an einzelnen Orten (Haina, Merxhausen, Bedlam u. a.) schon im 16. und 17. Jahrhundert vorgesehen und durchgeführt; aber erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts, nachdem u. a. Wagnitz geschrieben hatte, „daß nichts die Vereinigung von Zuchthäusern und Irrenanstalten rechtfertige“ (1791), hörte die gemeinsame Unterbringung mit Häuslingen, Waisen usw. mehr und mehr auf: 1784 wurde der Irrenturm zu Wien als besondere Irrenabteilung eines Krankenhauses und 1801 das Land-Irren- und Tollhaus zu Neu-Ruppin als erste selbständige Irrenanstalt errichtet, letztere mit der ausdrücklichen Bestimmung, „Irre in sichere Verwahrung zu nehmen und von der Krankheit möglichst herzustellen“.

Andere folgten, bald früher, bald später.

Wie ich in einem früheren Aufsatze ausführen durfte (Psych.-Neur. Woch. 1912, Nr. 45), war im allgemeinen die Unterbringung der Irren in den Zucht- und Armenhäusern oft besser, als die Neuzeit bisher annehmen zu müssen glaubte; aber auch die früher oder später durchgeführte Trennung brachte weder ohne weiteres eine Änderung der Unterkunftsverhält-

nisse, noch völlig andere Behandlungsmethoden. Im Gegenteil, sogar bei den von vornherein getrennten Irrenanstalten begegnen wir den gleichen Grundsätzen und Einrichtungen wie in den Gefangenenanstalten!

Über fünf Jahrzehnte mußten vergehen, bis man sich von der gleichen Verwendung alter Schlösser und Klöster zu Zwecken der Irrenfürsorge und des Strafvollzugs freimachte, und auch das sogenannte panoptische System hielt man gleichmäßig für die Umbauten der Straf- und Irrenanstalten für geeignet.

Die sichere Internierung war für die Irrenanstalten jener Periode der erste Grundsatz, und die feste Vergitterung aller Fenster war die erste Maßnahme, die bei der Adaptierung vorhandener Gebäude vorgenommen werden mußte. So schrieb man 1791 vom Wiener Narrenturm: „kein Gefängnis kann eine solche abschreckende Gestalt haben, wie dieser Turm mit seinen dicken Mauern und seinen vergitterten Fenstern ringsum".

Umso angenehmer berührt, daß man auch früher schon wenigstens versucht hat, ohne Vergitterung auszukommen, denn im Zucht-, Waisen- und Armenhause zu Waldheim, das 1716 in Benutzung genommen wurde, „versah man erst 1732 — also nach 16 Jahren — die Fenster im oberen Stockwerk nicht ohne geringe Kosten mit eisernen Stäben", beließ also auch weiter die Fenster im Erdgeschoß ohne Gitter.

Wenn im Männerzuchthause zu Amsterdam im Keller vier „Zellen" mit steinernen Lagerstellen „feucht und so niedrig, daß niemand darin aufrecht stehen kann, sondern beinahe dauernd liegen muß" (Commelin 1693), vorhanden waren, so fanden sich solche Einrichtungen noch bis 1780 in der Irrenanstalt Merxhausen: „die Zwänger für die Rasenden waren tief in die Mauer hineingehende Löcher, die gar kein Licht hatten und dabei so niedrig waren, daß die Menschen nicht aufrecht darin stehen konnten; sie sahen so aus wie etwas geräumige Gänseställe, oder vielmehr keine Beschreibung kann einen angemessenen Begriff von diesen Löchern geben".

Jene Zellen im Zuchthause zu Amsterdam hießen „Strafzellen"; „Strafzimmer", die verdunkelt werden konnten, waren 1801 noch bei der Irrenfürsorge in Hamburg und 1835 in der Irrenanstalt zu Hildesheim im Gebrauch, und Roller verlangte noch 1831 in seinen im übrigen schon recht modernen „Grundsätzen für Einrichtung neuer Irrenanstalten" für jede der vier Hauptabteilungen zwei „Strafzimmer".

In Nürnberg waren in den zur Unterbringung besonders gewalttätiger Irrsinniger und Tobsüchtiger bestimmten Zimmern — auf der Stadtmauer zwischen Fürther- und Mohrenturm — die Wände und Decken mit großen breitköpfigen Nägeln beschlagen, Sicherungsmaßnahmen, die auch im Gefängnis zu Newgate 1870 noch in Gebrauch waren.

Auch in der sonstigen Unterbringung unterschied sich die Fürsorge der Irren in den reinen Irrenanstalten wenig von der anderweitig Internierter: Nach der Zuchthausordnung zu Amsterdam (1630) schliefen „die Alten großen je zweiundzwei zusammen, die Jungens aber wohl zu dreien in einem Bett", und das Hotel-Dieu zu Paris beherbergte in 1223 Betten 3—4000 Kranke; noch im Jahre 1784 lagen sechs Personen in einem Bett.

Da braucht man sich nicht zu wundern, daß auch noch 1784 im Pesthofe zu Hamburg „die Kranken (d. i. Geisteskranken) immer selbander (d. i. zu zweien) in einem Bett schliefen, und daß, wer nach 10 Uhr des Abends starb, bis zum andern Morgen bei seinen Bettgenossen liegen blieb", und 1786 schrieb Tonon aus den Pariser Irrenanstalten: „Wie kann man hoffen, daß man Irre behandelt, wenn drei und vier tobende in einem Bett liegen, sich aufreizen und balgen." Wer sich an einfache ländliche und Dienstbotenverhältnisse noch nicht weit zurückliegender Zeiten erinnert, wird nichts Besonderes daran finden.

Auch in der Kleidung findet man Übereinstimmendes: im Zuchthause zu Danzig (ca. 1629) trugen die „Bettler, Müßiggänger und ungeratenen Familienglieder ein grünliches Habit, als an welchem man Hoffnung auf Besserung sich vermutet, zum Unterschied von den gerichtlich Verurteilten, welche dunkle Kleidung trugen". — In der Irrenanstalt zu Venedig trug noch 1840 jeder Kranke „kleine Tressen in der Art von Epaulettes, Achselstücken, die durch verschiedene Farben die betreffende Krankheit anzeigten: rot für Manie, blau für Monomanie, grün für Melancholie, orange für Idioten, während hellblau Stumpfsinn (stupidité) und gelb Demenz bedeuteten". — Ähnlich in der Irrenanstalt zu Aversa.

Der Erteilung von Unterricht im Lesen, Schreiben und Rechnen und der Anstellung besonderer Lehrer begegnet man schon im 16. Jahrhundert in den Straf- und Irrenanstalten (Hamburg, Waldheim), und man hat diesen Gebrauch bis zur Neuzeit beibehalten, nur daß sich die Lehrtätigkeit wohl in den Irrenanstalten mehr in eine unterhaltende (Musik, Gesang, Vorträge) umgewandelt hat.

Nicht nur im Werk-Zuchthause zu Hamburg (ca. 1630), sondern auch in der Irrenanstalt: im „Pesthofe" (1784), bestand eine Kantine, ein Kramladen, in dem Kaffee und andere Viktualien um einen billigen Preis zu haben waren; während im Zuchthause

Branntweinverkauf streng verboten war, wurden die Kranken im Pesthofe dadurch „zur Völlerei und zum Verkauf ihrer notwendigsten Nahrungsmittel gereizt".

Aus der Amsterdamer Zuchthausordnung (1630) ist zu entnehmen, daß „zu Jahrmarktszeiten Besucher in größerer Anzahl in das Zuchthaus kommen und einen Stüber zum Profit des Zuchthauses geben müssen" und daß in der Jahrmarktswoche der „Binnenvater die Hälfte von allem was einkommt, genießt". Diese Freiheit der Besichtigung der Zuchthäuser in der Jahrmarktszeit findet sich später in der Hamburger reinen Irrenfürsorge wieder; ursprünglich im Interesse der Erlangung mildtätiger Gaben eingeführt, artete sie in Hamburg in einen die Ordnung des Hauses störenden Unfug aus und wurde 1807 beseitigt. Ebenso berichtet der Holländische Historiograph Daniels, daß in Holland bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts die Geisteskranken in der Rollkutsche in den Hospitalgarten geschoben seien, zum Gaudium des Gesindels, welches die Ärmsten solange durch die Gitterstäbe nach Erlegung eines kleinen Eintrittspreises stocherte und irritierte, bis sie wirklich zu toben anfingen.

Im Zuchthause zu Amsterdam diente zur Aufnahme milder Gaben für die Züchtlinge eine im Hofe befindliche Almosenbüchse, also die gleiche Einrichtung, die man heute noch in einzelnen Anstalten findet.

In den miracula San Raspini 1617 wird „als drastisches letztes Disziplinarmittel für die Insassen des Amsterdamer Zuchthauses mitgeteilt, daß der jugendliche Faulpelz, der den Schweiß nicht riechen kann, Wasser pumpen muß, wenn er nicht ertrinken will; so wird er zur Arbeit genötigt".

Nichts anderes ist aber die ärztliche Maßnahme des Dr. Richard, der bei den Tobsüchtigen, „wenn häufiges Bepumpen mit kaltem Wasser nichts nützt, durch Hinunterwerfen von einer Brücke in das Wasser, in welchem sie solange verbleiben müssen, bis sie die Gefahr des Ertrinkens selbst empfinden, Heilung zu erzwecken suchte". (Schneider, Heilmittellehre 1824.)

Der wohlgemeinte Zusatz, „man vermeide beim Gebrauch der Bäder alles hartherzige, gefühllose und tumultuarische Benehmen und möge das Bad nicht über eine halbe bis dreiviertel Stunde ausdehnen" — ändert an dieser Tatsache nichts.

Als Disziplinarstrafe galt im Zuchthause zu Danzig: außer Ruten, Prügel, Hals- und Fußeisen auch der Maulkorb usw.; dabei bedarf es nur eines Hinweises auf die 1807 von Autenrieth beschriebene Maske und auf die 1842 von Crommelinck noch in der Charité angewendet gesehene Maske, um auch hierin zu erkennen, daß die räumliche Trennung der Irren von Gefangenen allein die Grundsätze hinsichtlich ihrer Behandlung nicht änderte, sondern daß in der räumlichen Trennung nur das erste Stück eines Weges zu erkennen ist, dessen weiterer Ausbau noch lange Jahre bis zur Vollendung und allgemeinen Benutzung nötig hatte. —

Mitteilungen.

— **Die Rolle der Keimschädigung im Auf- und Abbaue der Psyche bei Geisteskranken.** Dieses Thema behandelte unter Demonstrationen von Bildern Reg.-Rat Dr. Schweighofer, Salzburg, in der Hauptversammlung des österreichischen Psychiatrischen Verbandes in Prag am 12. Nov. 1912.

Der Vortragende geht von der Anregung Rüdins zu einer Sammelforschung über die Erblichkeitsfragen aus und regt an, das in den Anstalten liegende, große und wertvolle Material über Erblichkeitsfragen der Rüdinschen Sammelforschung zur Verfügung zu stellen.

Notwendig sei, daß das Material einwandfrei und nach allen bisherigen Erfahrungen über Erblichkeit genau untersucht sei.

Doch scheinen gewisse Vorfragen noch nicht gelöst zu sein, so diejenige nach der Rolle der Keimschädigung. Auch die vorliegende Untersuchung müsse sich damit bescheiden, Fragen aufzuwerfen und Anregungen zu bringen, deren Lösung sowohl in klinischen, als anatomischen und experimentellen Einzeluntersuchungen erst der Zukunft vorbehalten bleibe.

Der Begriff Keimschädigung sei nicht genügend abgegrenzt, auch sei es in praxi oft unmöglich, Keimschädigungen und uterine Schädigungen zu trennen.

Biologisch reine Fälle seien selten. Für den Psychiater sei es aber schon wichtig, wenn festgestellt werden könne, daß ein latent belastetes Kind dann mehr Aussicht habe, geistig zu erkranken, wenn es durch eine Keimschädigung im weiteren Sinne des Wortes auch körperlich und speziell in seiner Gehirnanlage geschädigt sei.

Der Begriff Keimschädigung umfasse heute sowohl Krankheiten des Fötus als Wachstumsstörungen infolge Ausfalles einer Drüsenfunktion, als Hemmungsbildungen vollkommen unbekannten Ursprungs, wie z. B. die Altersaufbrauchsschädigungen.

Es wurden hierauf die einzelnen Ursachen der Keimschädigungen an Beispielen erörtert, wobei die Kinderfolgen mit kurzen Schilderungen des Lebens-

laufes und der Krankheit ihrer einzelnen Glieder an der Hand der Projektionsbilder besprochen wurden. Die Aszendenz der Familien müsse in jedem Falle genau berücksichtigt werden, wenn sie auch bei den Darstellungen der Übersichtlichkeit wegen wegbleiben mußte.

Relativ leicht zu deuten seien die Keimschädigungen durch Krankheiten der Eltern, besonders der Väter, z. B. an Tuberkulose, Syphilis, Typhus, Malaria, Blattern, Pneumonie und anderen Infektionskrankheiten, ferner an Arthritis, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten und vielleicht an chronischen Stoffwechselstörungen.

Bekannt sei der Einfluß des zu jugendlichen und zu hohen Alters der Zeuger, der Einfluß eines zu kurzen Zeugungs- bezw. Geburtenintervalles und der Einfluß einzelner Gifte.

Am wenigsten klar sei der Einfluß von Blutsverwandtschaft (Keimfeindschaft?), Affekten, Milieu, Klima.

Bei allen Schädigungen habe man das Zusammenwirken mehrerer Ursachen zu berücksichtigen, Erstlingsgeburt, Frühehe, Lebensstellung, Aufbrauchszustand der Eltern, leichte Erkrankungen derselben, Arbeit, Geburtenintervalle und anderes.

Die Schädigung durch das Alter der Eltern sei eine typische. Erstlinge unterscheiden sich auch charakterologisch von den Spätlingen. Letztere seien besonders durch ihre Aufbrauchsfähigkeit zu erkennen.

Die Störung könne daher auch Aufbrauchsschädigung genannt werden und graphisch übersichtlich dargestellt werden durch einen Bruch, dessen Zähler das Alter der Eltern, dessen Nenner die Ziffer des Kindes in der Kinderfolge ausdrücke.

Die Geisteskranken seien vorwiegend Spätlinge, Kinder alter Mütter.

Die Schwere der elterlichen Schädigung gehe parallel mit der Schwere der Schädigung des Kindes. Neben dem Typus der Verschlechterung der Nachkommenschaft, sei auch der Typus der Erholung zu beobachten, z. B. beim Ausheilen von Krankheiten der Eltern, Aufhören von toxischen Einwirkungen oder durch ein längeres Geburtenintervall.

Das Erkrankungsalter richte sich nach der Schwere der elterlichen Schädigung. Postponieren und Anteponieren beobachte man auch in Generationen, wenn Keimschädigungen bei den Nachkommen wiederum einwirken.

Neben diesen typischen Fällen gebe es aber auch solche, wo keine Regelmäßigkeit zu finden sei. Allerdings sei es in praxi oft schwer zu sagen, daß keine Keimschädigung eingewirkt habe. Solche Fälle lassen sich daher auch schwer erklären. In einem Teile von ihnen scheine man die Ursache in einer Korrelation zwischen Keimschädigung und Erblichkeit suchen zu müssen. Zum Beispiel, daß ein Rassentypus des einen Elters gegen Keimschädigungen widerstandsfähiger sei. Auch das Geschlecht des Kindes scheine nicht ohne Einfluß auf die Keimschädigung zu sein.

Was die Wirkung auf das Kind betrifft, so könne man zwei Typen unterscheiden; der Keimgeschädigte wiederhole den pathognomonischen Typus der Eltern, oder er zeige Hemmungsbildungen. Zu den ersteren zählen ein Teil der erbluetischen und tuberkulösen, sowie arthritischen Formen. Lymphatismus, schwere Rachitis und die enzephalitischen Formen müsse man hierher rechnen.

Die Ursache der Hemmungsbildungen sei unklar und sicherlich eine mehrfache. Zu ihnen gehören ein Teil der Infantilismen. An dem Beispiele eines solchen, gleichgeschlechtlichen Zwillingsinfantilismus wird gezeigt, wie der Aufbau verlangsamt war, und nach einer relativ kurzen Blüte schon der Abbau eintrat, wie als erstes Zeichen des Abbaues diejenigen Störungen wieder auftraten, welche beim Aufbau persistiert hatten, und wie der Aufbrauch den Abbau beeinflußt hatte.

Die Psyche der Keimgeschädigten, besonders der durch den Altersaufbrauch geschädigten zeichne sich gleichfalls durch verlangsamten Aufbau und vorzeitigen Abbau aus.

Bekannt sei bei den schwerer Geschädigten dieser Art das Persistieren von Kindereigenschaften im späteren Leben, z. B. Bettnässen, Spielen mit den Sekreten, Sprachstörungen, Einschlafstörungen, pavor nocturnus. Trete der psychische Abbau frühzeitig ein, so seien diese persistierenden Eigenschaften häufig das erste Zeichen, so z. B. das Bettnässen, die puerile Sprache, Störungen der Satzbildung, die Einschlafstörungen, der pavor nocturnus schon bei Beginn der psychischen Erkrankung.

Ebenso wie die meisten dieser Keimgeschädigten durch Idiosynkrasien und durch Intoleranz gegen gewisse Gifte sich auszeichnen, so seien sie gewissermaßen auch intolerant gegen den psychischen Aufbrauch.

Man könne in der Anamnese von Neurosen und Psychosen häufig den Eindruck gewinnen, daß irgend ein Ereignis die psychische Widerstandsfähigkeit des Individuums verbraucht habe und es scheine, als ob dieser Aufbrauch an erblich prädestinierten Stellen der psychischen Persönlichkeit geschehe, gewissermaßen an biologisch gegebenen Orten verminderter Widerstandsfähigkeit.

Man sehe dies am besten, wenn man Kinderfolgen oder Sippen nach der Richtung des psychischen Abbaues untersucht (wofür Beispiele vorgeführt wurden).

So z. B. halten in einzelnen Familien alle Psychosen einen paranoiden Typus ein, andere einen katatonen etc.

Nachdem solcherart die Richtung des Abbaues erblich prädestiniert zu sein scheine, könnte man daraus biologische Krankheitsgruppen zusammenstellen:

Z. B. eine paranoide Gruppe, welcher auch der Querulantenwahn und manche Verblödungsprozesse angehören;

eine Gruppe, bei welcher alle Psychosen mit Zwangsgedanken beginnen, zu ihr gehören auch neurasthenische Formen und Dementia praecox mit Stereotypien;

eine Gruppe mit vorwiegenden kinetischen Störungen, Tiks, Zwangsbewegungen;

eine Gruppe von Krankheitsformen mit Wahnbildungen;

eine Gruppe mit hypochondrischen Zustandsbildern.

Schwer sei die Stellung der Erregungs- und Hemmungszustände zu bestimmen. Neben einfachen manisch-depressiven Zustandsbildern finden sich chronische Formen der Manie und chronische Depressionszustände, neurasthenische Zustandsbilder neben Verblödungsprozessen bei einer und derselben Kinderfolge, und zwar in solcher Anordnung, daß es den Anschein hat, als ob die Schwere der Keimschädigung mit der Schwere der Erkrankung und dem günstigen oder ungünstigen Verlaufe derselben in Beziehung zu bringen sei.

Die Vererbung bedinge somit die Veranlagung zu den erwähnten biologischen Krankheitsgruppen und könne auch eine größere oder geringere Resistenz gegen keimschädigende Ursachen bewirken, die Keimschädigung bewirke die Störung des Aufbaues und Abbaues des Individuums und bestimme somit den Grad der Aufbrauchsfähigkeit und die Schwere der Erkrankung, selbstverständlich im Zusammenwirken mit den Erbfaktoren und denjenigen Ursachen, welche erst im extrauterinen Leben einwirken.

Ebenso wie in einzelnen Kinderfolgen läßt sich auch im Verfolgen einer pathologischen Erbmasse bei den Deszendenten einer großen Familie nachweisen, daß das Auftreten der Psychosen meist mit den erwähnten keimschädigenden Ursachen zusammentrifft. Es wird an einer solchen Nachkommenschaftstafel gezeigt, wie die Deszendenz einer mit pathologischen Erbmassen behafteten Familie in dem Maße zu psychischer Erkrankung disponiert ist, wie sie Keimschädigungen ausgesetzt war.

Dennoch warnt der Verf. vor zu weitgehenden Schlüssen, weil wir noch zu wenig von der Anatomie und Symptomatologie der Keimschädigungen wissen, z. B. nicht einmal immer imstande sind, einen Geschädigten klinisch durch Untersuchung herauszufinden, und besonders noch zu wenig darüber wissen, wie weit das Gehirn durch die Keimschädigung betroffen wurde.

Bei der großen Verbreitung der Keimschädigungen sei offenbar die Schädigung des Gehirns ausschlaggebend für die Disposition zur Psychose, wie die enzephalitischen Schädigungen deutlich zeigen, welche immer viel schwerer disponieren, wie andere von gleichem pathognomonischen Typus.

Der Verf. warnt ferner, über der Keimschädigung die Erblichkeit zu übersehen und ihre Rolle mit der Übertragung eines mehr weniger widerstandsfähigen Rassentypus für abgeschlossen zu halten. Es sei gegen die Erfahrungen der Biologie, welche es verbiete, aus so wenig Generationen Schlüsse über Erblichkeit zu ziehen. Auch scheine es, als ob die Keimschädigung keine vererbbaren Schädigungen bewirke. Es sei auffallend, wie schnell bei den Nachkommen völlige Regeneration eintrete. Man tue daher auch gut, den Begriff der Degeneration auf diese Störungen nur mit Vorbehalt anzuwenden.

Für den Psychiater sei es von Wichtigkeit, die Formen und die Gesetze der Keimschädigung nicht nur für seine Erblichkeitsfragen zu kennen, sondern auch für seine Therapie. Das Material der Anstalten bestehe zum größten Teile aus keimgeschädigten Menschen, wie ein Vergleich mit der gesunden Bevölkerung lehre, und es sei nicht ausgeschlossen, daß es einmal gelinge, den Psychosen auch therapeutisch dadurch näher zu kommen, wenn man in den Kranken eine pathognomonische Wiederholung des elterlichen Krankheitstypus sehe und in der körperlichen Grundlage der Psychosen eine Abbauform erblicke, wie wir sie bei geistig Gesunden zum Teile wenigstens bereits beeinflussen können. (Autoreferat.)

Diskussion. — Marzurkievicz-Krakau: In sehr vielen Fällen ist es tatsächlich nicht möglich, vererbte Schädigungen von den angeborenen zu unterscheiden. In den Fällen, wo es aber möglich ist, soll man es streng durchführen, weil die Einrechnung der angeborenen Schädigungen unter die vererbten nicht nur prinzipiell unberechtigt ist, sondern auch die Ansichten, welche heute in vielen Kreisen des Publikums über hereditäre Belastung herrschen, zu bestärken geeignet ist. Es scheint, daß der Vortragende sich in den angeführten Beispielen möglicherweise an vererbte Schädigungen gehalten hat.

Eisath-Hall: stellt richtig, daß es sich bei den Krankengeschichten wohl nur um Zustandsbilder handeln könne.

Kalmus-Prag: Nicht nur auf dem Gebiete der Psychopathien, sondern auch bei anderen Krankheiten ist das Bestehen des Mendelschen Vererbungstypus wiederholt, so unter anderem unter F. Pick, beobachtet worden. Es müßte Sache der Psychiater sein, noch weitere eingehende Studien über diese Frage zu machen. Als praktische Aufgabe der Psychiater hebt K. hervor, daß wir nicht nur stets die Degeneration als Ursache der Psychosen betonen sollen, sondern auch die Möglichkeit einer Erholung, einer Regeneration, wie sie aus den Tabellen des Verf. hervorgeht. Es ist heute ohnehin die Furcht vor Degeneration schon so groß, daß namentlich bei Eheschließungen oft recht unbedeutende nervöse Symptome als Ehehindernisse angesehen werden. Durch Betonung der individuellen Keimschädigung werden wir viel Beruhigung in die Bevölkerung tragen.

Simsa-Prag, Krc: Dem Alkoholismus kommt bei der Beurteilung der Heredität gewiß eine große Bedeutung zu, nur muß man darauf achten, daß neben der toxischen Wirkung auch die psychopathische Anlage des Trinkers berücksichtigt wird.

Schweighofer stimmt im Schlußworte Eisath zu, daß die Schilderung nur Zustandsbilder kurz wiedergeben wollte, weil es sehr schwer ist, sich in derartigen Darstellungen bei dem heutigen Stande unserer Diagnostik verständlich zu machen, ohne daß man den Verlauf wenigstens andeutungsweise wiedergibt. Die Regenerationsmöglichkeit geht aus den Tabellen und dem Studium von Stammbäumen, deren Verf. seit 18 Jahren eine große Zahl gesammelt hat, deutlich

hervor. F. ist gleichfalls der Ansicht, daß man mit dem Ausdrucke Degeneration viel zu freigebig ist und z. B. Keimschädigungen von der eigentlichen Degeneration trennen soll. Statt des Schlagwortes der Vererbung soll man dem Publikum gegenüber die individuelle Verantwortlichkeit betonen. Solche typische Keimschädigungs-Produkte und kriminelle Infantilismen, wie sie Eisath in seinem Vortrage geschildert hat, nehmen scheinbar immer mehr zu, und für die Frage der rassenhygienischen Prophylaxe sind Untersuchungen über Keimschädigung von praktischem Werte.

Der Verein für Zwangserziehung und Fürsorge hat in seiner diesjährigen Tagung in Salzburg die Schaffung von rassenhygienischen Zentralstellen bei den einzelnen Ländern angeregt, was unter anderem auch deshalb zu begrüßen ist, weil totliegendes und verstreutes statistisches Material dadurch unseren Arbeiten zugänglich wird. Verf. bittet um Beteiligung an rassenhygienischen Arbeiten.

— ***Zur Frage eines deutschen Reichsirrengesetzes.*** In der Justizkommission des preußischen Abgeordnetenhauses hatten die sozialdemokratischen Abgeordneten einen Antrag auf Herbeiführung eines Reichsirrengesetzes gestellt. Nach sehr eingehender Erörterung wurde beschlossen, von einer reichsgesetzlichen Regelung abzusehen, dagegen die preußische Staatsregierung zu ersuchen, ein Landesgesetz zur Regelung des Irrenrechts vorzulegen.

Referate.

— Mathes, Prof. Dr. Paul, Berlin, Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Verlag von S. Karger, Berlin 1912. 177 S.

Vf. definiert den Infantilismus als formale, die Asthenie als funktionelle Minusvariation des menschlichen und vor allem des weiblichen, dem kindlichen Habitus überhaupt näher stehenden Körpers, die zahlreiche Beziehungen zum Nervensystem aufweist.

Theoretisch faßt Vf. den Infantilismus als eine germinativ determinierte, vererbte und vererbbare oder durch Keimschädigung erworbene Entwickelungshemmung auf, die vornehmlich auf einer Störung der Drüsen mit innerer Sekretion beruht. Er bespricht die infantilen Hemmungsbildungen der einzelnen Organsysteme (Skelett mit Thorax und Beckenbildung), Längenwachstum, die Genitalien, das Gefäßsystem (enge Aorta), den Status thymo-lymphaticus und die lokalen Infantilismen (Degenerationszeichen), danach die asthenische Enteroptose in ihren vielfachen Erscheinungen. Im klinischen zweiten Teil werden unter der allgemeinen Krankheitslehre die psychischen (dauernde oder anfallsweise Asthenie) und die Sympathikuserscheinungen behandelt; unter den speziellen Krankheiten werden die des Zirkulations- und Respirations-, des Verdauungs-, des Geschlechts- und Harnapparates ausführlich besprochen, sodann Prognose und Therapie erörtert.

Es ist anzuerkennen, daß Vf. mit seiner Monographie erstmalig einen zusammenfassenden Überblick über eine so vielfach strittige Materie wie die vorliegende zu gewinnen sucht. Im ganzen ist dieser Versuch als gelungen zu betrachten, und seine Ausführungen werden gleiches Interesse beim Gynäkologen wie beim Psychiater und Internisten finden.

Albrecht-Treptow.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Rybnik.** Anstaltsdirektor Geh. San.-Rat Dr. Rudolf Zander, Rybnik, vom 1. Juli 1913 ab mit Pension in den Ruhestand versetzt. — Oberarzt Dr. Albrecht v. Kunowski, Brieg, vom 1. Juli 1913 ab zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Rybnik ernannt. Die Wahrnehmung der Geschäfte wird ihm bereits vom 1. April 1913 ab kommissarisch übertragen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien)
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.
Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr 823.

Nr. 51. 22. März **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Irrenpflege in Hannover zur Franzosenzeit.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

In einer Zeit, in der sich die gewaltigen Ereignisse des verflossenen Säkulums zur Jahrhundertfeier wieder vor Augen stellen, geziemt es sich, auch der Rolle zu gedenken, die die Psychiatrie in Deutschland unter der Franzosenherrschaft gespielt hat. Bei der Lage der Sache ist es wohl nur möglich, einzelne kleine Steine zu diesem Erinnerungsbau zusammenzutragen.

Wenn sich in Hannover für ein solches Erinnerungsbild ein etwas reichlicheres Material darbietet, so kommt das daher, daß in den hannoverschen Landen das Zucht- und Tollhaus in Celle eine der wenigen größeren deutschen Irrenanstalten war, auf die auch die französische Herrschaft in weiterem Umfange zurückgreifen mußte.

Wieder standen mir die schon öfter*) zitierten Personal-Akten des Zucht- und Tollhauses Celle zur Verfügung, die auf den Böden der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim einer fröhlichen Urständ entgegengeharrt hatten. Bei ihrer Unvollständigkeit kann es sich natürlich nur um einzelne Stichproben aus dem damaligen Reiche der Psychiatrie handeln. Immerhin ist die Zeit der französischen Herrschaft nicht ganz ohne Bedeutung für die damalige Irrenpflege gewesen.

Auch Hannover ging im Königreiche Westfalen auf. Für den Westen der jetzigen Provinz Hannover hatte das Zuchthaus in Osnabrück, für den Osten das Zucht- und Tollhaus in Celle die Aufgabe, für die schwersten Fälle der Geisteskrankheit eine leidlich gebührende Unterkunft zu bilden.

In der ersten Zeit blieb man im wesentlichen bei der alten Praxis, bis man sich ganz häuslich eingerichtet hatte. Mit den neuen Herren war nicht der Wohlstand, der in der Behandlung der Kranken auch bis dahin kein allzu großes Wort mitzusprechen gehabt hatte, eingezogen. Der Präfekt des Weserdepartements lehnte in der ersten Zeit überhaupt jede Unterstüzung für Geisteskranke ab, „da er zu diesem Behufe keinen Fonds zur Disposition und ebensowenig eine Anstalt habe, um solche unglücklichen Menschen aufzubewahren“.

Denn das Zuchthaus in Osnabrück, dessen ganze Geschichte bis dahin ein chronischer Kampf mit der Überfüllung gewesen war, versagte in diesen bewegten Zeiten noch viel mehr.

Wie Struckmann, der unter der Fremdherrschaft die Verwaltung des Zuchthauses unter sich hatte, klagte, mußte die Aufnahme von Geisteskranken, die Plätze für die Kondemnierten, die wegen der Art der Verpflegung oder mit Rücksicht auf ihre Person isoliert aufbewahrt werden mußten, schmälern. „Zur Zeit sei allerdings nur noch ein Wahnsinniger im Zuchthaus. Aber diese Kranken seien eine Last für die Anstalt und besonders für die Unterbedienten.“

Erst mit der Zeit besann man sich hier auf seine Pflicht und nachdem der Perzepteur Bütemeister à Diepholz dem Präfekten Keverberg die Bestimmungen über die Aufnahme ins Zuchthaus in Celle zur Kenntnis gebracht hatte, sagte dieser eine genaue Prüfung zu und versprach, „sie den Kaiserlichen Gesetzen entsprechend für das Departement zu benutzen“.

*) Mönkemöller: a) Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. Halle 1903. C. Marhold; — b) Das Zucht- und Tollhaus in Celle. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 68, 1911, S. 155; — c) Die Praxis psychiatrica im 18. Jahrhundert. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. 13. Jahrgang, 1911, Nr. 23; — d) Psychiatrisches Attestwesen am Ausgange des 18. Jahrhunderts. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. 12. Jahrgang, 1910, Nr. 13 und 14.

In Celle hatte man sich mittlerweile schnell in das neue Regime eingelebt. Im Anfange blieb der ganze äußere Zuschnitt genau derselbe. Man richtete sich nach der bewährten alten Zuchthausordnung und benutzte ohne jede Änderung das alte Aufnahmereglement.

Nur die Namen änderten sich schnell. Der Zuchthauskommissar wurde zum Commissaire. An Stelle der feierlichen Anrede, die gewöhnlich drei Spalten in Anspruch genommen und in jedem Falle heilige Schauer verbreitet hatte, trat die kurze Anrede: „Mein Herr Commissaire". Jetzt stellten die Kantonmaires ihre Aufnahmeanträge.

Das Zuchthaus blieb in dieser Zeit dem Direkteur Kersting unterstellt, der seinerseits wieder unter dem Präfekten des Allerdepartements stand. Den Verkehr zwischen beiden Gewalten vermittelte in der Regel der Unterpräfekt in Celle.

In einzelnen Fällen mischte sich bei den Aufnahmeanträgen in den letzten Jahren der Fremdherrschaft auch das Ministerium des Innern in Cassel ein, bei dem in der 2. Division für Hôpitaux das „Irrenhaus zu Celle" untergebracht war, wie es hier benannt wurde.

Der Minister des Inneren pflegte vor allem in Tätigkeit zu treten, wenn die Überführung von Kranken in Betracht kam, die nicht im engeren Bereiche des Departements wohnten. So erschloß er im Jahre 1811 zwei Blödsinnigen aus dem Saaledepartement den Weg zur Anstalt.

Sehr bald wurde die Aufnahme in das Zuchthaus sehr wesentlich dadurch erschwert, daß sie jetzt von der Entmündigung abhängig gemacht wurde.

Schon der Begriff der Gemeingefährlichkeit wurde auf eine andere Stufe gestellt wie bisher. Nach dem Gesetz vom 22. Juli 1791 waren die Eltern der Wahnsinnigen verbunden, auf diese zu achten, ihre Ausschweifungen zu verhindern und dafür zu sorgen, daß sie keine gesetzwidrigen Taten begingen. Die Munizipalität hinwieder war verpflichtet, den Unordnungen, welche durch die Nachlässigkeit der Eltern entständen, vorzubeugen. Die Wahnwitzigen sollten zwar an einen Sicherheitsort gebracht werden, aber sie durften nur kraft eines Gerichtsurteils festgehalten werden, welches die Familie bewirken mußte.

Der 11. Titel des Code Napoléon bestimmte, wie gegen die in Wahnsinn oder Wut geratenen Personen vorgegangen werden solle. Nur dem Tribunal war es vorbehalten, den Geisteszustand zu beurteilen: „Kein Individuum soll nach Willkür als mit dieser traurigen Krankheit behaftet angesehen werden, sondern diese Lage soll wirklich durch bestimmte Proben festgestellt werden." Auch waren die Tribunale allein berechtigt, die Einkerkerung zu verfügen.

Bis dahin stellte dann der Kantonsmaire oder gelegentlich der Interimsmaire den Antrag auf Einleitung des Aufnahmeverfahrens. Der Stadt- oder Landphysikus nahm nach dem alten Reglement die ärztliche Untersuchung vor, worauf der Unterpräfekt in Celle die Zuchthausinspektion anwies, sich gutachtlich über die Aufnahme zu äußern. War das alles erledigt, dann stellte er eine Aufnahmeordre für die Zuchthausdirektion aus:

Die niesige Zuchthausverwaltung wird hiermit angewiesen, den wahnsinnigen H. H. bis auf weitere ordre anzunehmen, in das Register einzutragen und die zur Sustentation desselben erforderlichen Gelder von dem Canton einzuziehen.

Manchmal war der Geschäftsgang nicht so einfach. So wird mehrfach berichtet, daß von dem Justizdepartement aufgegeben wurde, zur besseren Beurteilung der Krankheit die Rezepte des behandelnden Arztes einzusenden. Und sehr häufig scheiterte die sofortige Aufnahme daran, daß bei der chronischen Überfüllung kein Platz vorhanden war. Von Fall zu Fall wurde vorgerechnet, wie es mit der Belegziffer stand und wann Entlassungen zu gewärtigen seien.

Bei dieser Gelegenheit erfahren wir dann auch, wie stark das Tollhaus in dieser Zeit belegt war. So wird im Dezember 1810 berichtet, daß in diesem Monate 5 Wahnsinnige gestorben waren, so daß 204 Geisteskranke — neben 175 Zuchthäuslern — sich in der Anstalt befanden. So konnte einer Dame aus Bremen, nachdem das visum repertum des Arztes, das gerichtliche Protokoll über den Zustand der Kranken und „die bisherige Cur" übersandt worden waren, die Aufnahme gewährt werden.

Mehrten sich die Aufnahmen, dann wurde von vornherein prophylaktisch gebeten, die Zahl der Kranken nicht über 216—220 zu steigern. Und wenn auch noch die Kranken besseren Standes waren, dann haperte es mit dem Platze noch viel mehr:

Es ist mit den Wahnsinnigen nicht wie mit den Züchtlingen, daß zu gewissen Zeiten welche entlassen werden können, sondern daß nur der Tod oder ihre hergestel'te Gesundheit ihren Abgang veranlassen kann. Daher denn auch ihre Anzahl von je her immer mehr zu- als abgenommen hat. Ich muß bemerklich machen, daß auf den beiden sogenannten Staatsflügeln, biß auf zwei Stuben im weiblichen, alles schon besezzt ist und daß daher der gemütskranke Pflug nur in einer guten Stube in Gesellschaft von 16—18 Perßohnen, teils Sträflingen, teils Wahnsinnigen Platz nehmen kann.

Bei dieser steten Überfüllung war man dann auch stets darauf bedacht, das legitime Entlastungsventil, die Entlassungen, fleißig in Anspruch zu nehmen. Und da dem Zuchthausarzte für jeden geheilten Kranken ein Gratiale von 10 Reichstalern gereicht wurde,

wurde ein schicklicher Druck auf ihn ausgeübt, alles zu tun, was in seinen Kräften stand, um Platz zu schaffen.

An ihm war es denn auch zunächst, das erforderliche Gesundheitsattest auszustellen:

Der hier im Irrenhaus befindliche T., der als Wahnsinniger kurirt ward, ist so weit hergestellt, daß er füglich, wenn nicht alle Anzeichen trügen, der bürgerlichen Gesellschaft wieder gegeben werden kann, ohne daß diese eine Art von Unruhe und Unordnung davon zu befürchten hätte. Er ist ruhig und gesetzt, spricht und urtheilt ganz vernünftig, und hat seit einigen Monaten, wo ich mit Fleiß auf sein Benehmen achtete, durchaus nichts begangen, was den Schein von Wahnsinn hätte. Es steht dem nach von dieser Seite seiner Entlassung nichts im Wege.

Nach den bisherigen Bestimmungen war früher ohne weiteres der Obrigkeit des Ortes, an dem „der Rekonvalescierte" ansässig war, Nachricht gegeben worden, daß er geholt werden könne. 1810 erließ die Präfektur des Allerdepartements die Vorschrift, daß diese Anzeige 14 Tage vorher nebst dem Gutachten des Arztes dem Departement vorgelegt werden müsse, „wobei bemerklich gemacht werden müßte, welche Verfügungen von der Ortsobrigkeit zum weiteren Fortkommen solcher bedauernswerten Personen und zur Verhütung eines Rückfalls zu treffen seyn mögten".

So erfolgte denn von jetzt ab in jedem Falle eine detaillierte Schilderung der Gesichtspunkte, die bei dem Weiterleben außerhalb der Anstalt in Frage kamen, eine Methode, die in veränderter Form auch in dem jetzigen Reglement noch zu Recht besteht, wenn auch in wesentlich verschiedener Praxis.

Wie sehr damals noch die Theologie in die Psychiatrie hineinragte, geht aus dem mehrfach bei diesen Vorschriften für die demnächstige Umgebung des Kranken wiederkehrenden Vermerke hervor: „Psychische Anwendungen von Seiten des Herrn Predigers sind nicht vorgefallen."

Der Zuchthausarzt versicherte noch: „Bei seiner Entlassung werde ich ihm noch einige Verhaltungsmaßregeln mitteilen, welche ihm für die Zukunft, hoffe ich, ersprießlich sein dürften."

War alles so weit, dann erließ die Präfektur eine Entlassungsordre, nach der die Geheilten mit dem nötigen Reisegelde versehen, mittelst einer „Reiseroute" in ihre Heimat zurückgesandt werden sollten. Zugleich versprach die Präfektur, „wenn binnen 3 Monaten keine Rückfälle des Wahnsinns eingetreten sein sollten, werde sie dafür sorgen, daß dem Zuchthausarzte die wohlverdiente Remuneration ausgezahlt werden sollte".

Man scheint schon damals die traurige Erfahrung gemacht zu haben, die auch jetzt noch nicht selten das Herz des edelen Arztes mit tiefer Wehmut erfüllt, daß nämlich die Dankbarkeit jäh erlischt, wenn der Kranke nicht mehr in der segensreichen Behandlung steht. Wenigstens wies der Präfekt den Zuchthaus-Commissair an, „daß von dem von den Nutritoren geleisteten Vorschuß nicht mehr restituiret werden soll als sowohl nach Abzug der aufgelaufenen Verpflegungskosten wie jener demnächst dem Zuchthausarzte kompetierenden 10 Rthlr. Kassenmünze wirklich verbleibt, indem der General-Casse deshalb durchaus keine Unkosten zur Last fallen dürfen".

Mehrere Male finden wir auch in den Akten, daß die Entlassenen nicht in der Familie untergebracht wurden, sondern daß sie einem Bürger übergeben wurden, der sie für eine Vergütung aus der Gemeindekasse ins Haus und in Kost nahm.

Die Überführung in das Zuchthaus erfolgte nach wie vor durch die Gensdarmeriekorrespondenzen, die eine offene Ordre erhielten. Durch diese wurden sämtliche Orts-Obrigkeiten ersucht, „den Gensdarmen den völligen Beistand zu leisten". Besonders sollten sie auch, da die Ausbrüche des Wahnsinns oft in hohem Grade heftig zu Tage träten, „zu dem Transport einen besonderen Wagen mit zwey Mann Wache beordern und zwar selbst in dem Falle, wenn der Kranke anscheinend vernünftige Zwischen-Räume haben solle".

Die Gensdarmen hatten auch die Transporte in die anderen Anstalten zu besorgen. So wird einmal berichtet, daß ein sehr gefährlicher Kranker der Gensdarmeriekorrespondenz der Elbmündungen übergeben werden solle.

Ein gewichtiges Wort in dem ganzen Aktenmateriale haben wieder die Kosten zu sprechen. Schon in früheren Zeiten beschäftigte man sich eingehend und melancholisch mit dieser Frage, ohne die auch der gutmütigste Irrenarzt nicht zum Ziele zu schreiten vermag. Die ganze Schwere jener traurigen Zeit verschafft sich aber auch hierbei in der nachdrücklichsten Weise Geltung. Die Klagen über die allgemeine Armut kommen gar nicht zum Schweigen. Immer wieder bittet man, von den Unterhaltungskosten befreit zu werden, „da man in den jetzigen Zeiten große Not mit sich selbst hat", „denn mein Officiers-Wittwen Gehalt, welches nicht einmal richtig bezahlt wird, ist notorisch die einzige Ressource, die ich habe und ich würde selbst Mangel leiden, wenn ich mehr als 20 Reichsthaler davon abgeben sollte." Mehr wie einmal bezeugt der Cantonmaire, daß der p. N. „durch die Zeit-Umstände so sehr zurückgekommen sey, daß demselben bereits sein Haus verkauft worden

sey, sodaß er sich außer Stande befinde, sowohl die rückständigen als laufenden Alimentationsgelder seines im Irrenhause zu Celle befindlichen Schwagers zu bezahlen."

Nicht minder betrübt schreiben manche Nutritoren, „sie hätten sich, weil sie die Art der Aufbringung bei der gegenwärtigen Verfassung nicht kännten, nicht anders zu helfen gewußt, als daß sie solche der Präfectur vorgelegt und um eine Instruction ersucht hätten, wie solche zu bezahlen seyen."

Wenn dann die Canton-Maires bescheinigt hatten, „daß die Wahnsinnige T. ganz und gar kein Vermögen habe, wovon die Alimentation bestritten werden könne", mußte der Kranke auf Kosten des Gouvernements unterhalten werden.

Nach alter Sitte griffen die Cantons dann wieder zu der Methode, daß mittelst einer Nebenanlage von den sämtlichen kontribuablen Eingesessenen das Geld erhoben wurde.

Auch „bessere Kranke" mußten jetzt oft „auf dem Fuße der gemeinen Wahnsinnigen" verpflegt werden, weil auch bei ihnen die Verpflegungskosten vom Minister des Innern „auf den öffentlichen Schatzmeister angewiesen" werden mußten.

Im Jahre 1811 wurden für die beste Kost nebst Logis und Feuerung 124 Taler bezahlt, für die geringere 104 Taler, für die noch geringere, bei der 4 Wahnsinnige auf einer Stube saßen, 62 Taler, für die ordinäre oder gemeine Beköstigung 41 Taler. Kleidung und Medizin wurden besonders berechnet.

Für die Personen, die aus Provinzen stammten, die nichts zur Unterhaltung der Anstalt beitrugen, galten erhöhte Preise.

Eine neue Beköstigungsordnung, die 1812 geplant wurde, kam unter der französischen Herrschaft nicht mehr zustande.

Wenn das Geld nicht einging, wurde das den Kranken sehr schnell zum Bewußtsein gebracht. Als sich für einen pensionierten Förster, der bisher ein eigenes Zimmer mit einem Züchtling als Aufwärter und die sogenannte 2te Pflegeverbesserung gehabt hatte, die Alimente verringerten, wurde er ohne weiteres auf eine gemeinsame Stube gesetzt und ihm die ordinäre Kost verabfolgt.

Die Not der Zeit machte sich auch dadurch bemerkbar, daß man an dem weiteren Ausbau der Anstalt sehr wenig tat. Als der Zuchthausvorsteher 1808 die Einrichtung eines neuen Zimmers in dem neuen Ausbau vorgeschlagen hatte, wurde sein Bericht wohl erwogen.

Da aber bey den jetzigen Zeitumständen alle mit erheblichen Kosten verbundenen Anlagen zu vermeiden sind; so kann die Genehmigung zu dem vorgeschlagenen über 150 Thaler kostenden Ausbau nicht ertheilet werden. Inmittelst verläßt man sich bey dem bewährten Diensteifer der Vorsteher darauf, daß von ihnen ein einstweiliger anderer Ausweg zur abgesonderten Aufnahme des Lo. werde ausfindig gemacht, oder wenigstens eine beträchtlich mindere kostbare Einrichtung zu dem Zwecke werde vorgeschlagen werden.

Auch die anderen Communen suchten gelegentlich einen Ausweg zu finden, um den hohen Kosten, die der Aufenthalt in der Irrenanstalt in Celle verursachte, zu entgehen.

So berichtete die Stadt Hameln 1812, als sie an die Erstattung der Kosten für einen Kranken erinnert wurde:

Wir haben in einem hierselbst neu errichteten Werckhause die Veranstaltung getroffen, schwache und blödsinnige hiesige Einwohner aufzunehmen, zu verpflegen, und durch unsern Stadtphysikus mit zweckmäßigen Arzneien versehen zu lassen. Da nun der Hüger nur schwach und tiefsinnig, nicht aber wütend ist, so erheischt es meine Pflicht, zur Vermeidung der bedeutenden Kosten, welche dieser Hüger in neueren Zeiten unserer erschöpften Stadtcassen veranlaßt, daß ich Euer Hochwohlgeboren im Auftrage des Magistrats gehorsam ersuche, den Hüger in der jetzigen guten Jahreszeit allenfalls mit dem Schlusse dieses Vierteljahres uns verabfolgen zu lassen."

Im inneren Betriebe der Anstalt richteten die Zeitläufte keine großen Umwälzungen an. Selbst die laxen religiösen Anschauungen der Franzosen brachten es nicht mit sich, daß man den Einfluß der Geistlichkeit in diesem Nachbargebiet ihres Wirkens eindämmte.

So schrieb der Unterpräfect noch 1813 an den Directeur:

Da anzunehmen ist, daß die im Irrenhause befindliche Demoiselle Küchental bey dem Herren Zuchthausprediger sich einer Behandlung zu erfreuen haben wird, wie solche in dem Gutachten des Arztes bezeichnet worden ist, so kann der Erteilung der Entlassungsordre nichts mehr im Wege stehen und lasse ich Ihnen solche zugehen mit dem Ersuchen, nunmehr die erwähnte Gemüthskranke dem Herrn Pastor zu überliefern und gebe Ihnen zugleich anheim, demselben eine Abschrift des ärztlichen Gutachtens zuzufertigen, womit das Gouvernement sich seiner Pflichten gegen die Inhaftirte vollständig erledigt halten kann.

Die einzige Aufregung im friedlichen Anstaltsleben verursachten die Entweichungen. Sie vollzogen sich auch jetzt in der Regel dann, wenn die Kranken ihre „Probezeit" abmachten, d. h. wenn ihnen mehr Freiheit gegeben wurde.

So zeitigte Sophie Bitter längere Verhandlungen, die sich 1813 in ihre Heimat nach Stadthagen entfernte. Der rücksichtsvolle Zuchthauscommissaire bat den Cantonmaire, „er möge mit Rücksicht darauf, daß eine Zurückbringung durch die Gensdarmen einen übeln Eindruck auf ihre Gesundheit haben würde, so gütig sein und das unglückliche Mädchen

auf einem eigenen Wagen durch ihre Angehörigen zurücksenden lassen."

Der Unterpräfekt war nicht so zartfühlend. Er schickte ohne weiteres das Signalement an den Commandeur der Gensdarmerie und bat ihn, „da ihm an der Wiederbringung der Kranken in das Institut gelegen sey, möge er die ihm eilig scheinenden Maßregeln ergreifen".

Als sie wiedergebracht wurde, mußte von dem Präfekten eine neue Annahmeordre ausgefertigt werden.

Was die Krankheiten der damaligen Insassen in gewissem Maße in der Nosologie gegenüber den früheren Zeiten kennzeichnet, ist das Überwiegen der Kriegspsychosen. Richtiger ausgedrückt, war eine große Anzahl der Kranken, die damals im Irrenhause Aufnahme fanden, in die kriegerischen Verwickelungen der Zeit hineingezogen gewesen. Dazu stellten die Angehörigen der ehemaligen hannöverschen Armee ihr Kontingent von den Invaliden ab, die den Feldzug in Brabant mitgemacht hatten, bis zu den Opfern des russischen Feldzuges. Auch die französische Armee entsandte ihre Vertreter in die Irrenanstalt.

So fand sich schon 1801 Jean Hendrique in schwer verblödetem Zustande auf einem Postwagen ein, der von Harburg kam, mit mehreren blechernen Feldflaschen, etwas Schiffszwieback und einer großen wollenen Decke.

1810 wurde der Trompeter Petermann, der Sohn des Stiefelmachermeisters vom 2. französischen Carabinierregiment, auf Befehl des Colonelcommandant Bergeron ins Zuchthaus eingeliefert auf das Attest des Chirurgien major Mornac hin:

Le soussigné chirurgien Major, membre de la légion d'honneur, éclaire, que George Petermann, fils du maître Sellier du IIième Regiment, est entré à l'hopital de cette place le 28 mars 1810 et que pendant trois jours il a donné des preuves évidentes d'un insensé et d'un furieux, il fallut le faire mettre en prison, tout pour la tranquillité des malades que pour sa propre sûreté en foi, de qui j'ai délivré le présent pour servir et valoir ce que de droit.

1806 stellte der Commandant du place dem Zuchthausdirecteur ein Attest zu „über den an periodischem Wahnsinne leidenden französischen Juden namens Meyer Levi, vormaligen französischen Artillerie-Trainsknecht. Als Anhänger der grande nation war er mit den deutschen Einrichtungen äußerst unzufrieden und beschwerte sich heftig, daß er in Celle unter die Verbrecher gesetzt wurde.

Wie leicht begreiflich, spielte die gewaltige Gestalt Napoleons in den Wahnsystemen der Kranken eine erhebliche Rolle.

Schon 1805 wird von dem Pensionär-Lieutenant Drechsler berichtet, der auf der Hauptwache in Celle untergebracht war, und eine Reihe von Eingaben an Napoleon machte:

Celle den 22 ten October 1805 an der Hauptwache.
Der Pensionair Lieutenant Drechsler.

An Sr. Majestät dem Kayser und König Napoleon stifter de: ewigen Friedens Regierer und Wohlthäter des ganzen menschlichen Geschlecht diesen Ring enthaltend.

Meine Nachlässigkeit — welche ich freilich mit meinem lieben Landsleuten gemein habe — ließ mich den großen Jupiter entwischen, der seine Güte soweit zeigt mit denen ersten dieses Weltalls durch seine Gegenwart Celle zu beglücken. Ich mag besonders in solchen Fällen durchaus keine Entschuldigung annehmen, und wage es dahero nicht, damit aufzutreten; bemerke nun, daß ich auf andere Art hinlänglich dafür büße und zeige Euer p. Majestät ehrfurchtsvoll an, daß ich meine fehlerhafte attention für Dero hohe Person dadurch habe gut machen wollen, daß ich soviel ich habe vermogt der Bürgerschaft angezeigt habe, welchen großen Schatz sie in ihrer Mitte aufbewahrt, und deshalb alle Thore und Hauptwache besorgt. Mein Bestreben und Absicht ist edel, und zu gerecht, als daß ich nicht alles anwenden sollte, meinen unglücklichen Vaterlande insbesondere für die Nachkommenschaft die unendlichen Wohlthaten, welche dieser gnädige und gütige Besuch absolut zum Grunde habe, bekannt zu machen, und sie deshalb zur Dankbarkeit aufzumuntern.

Ich für meine Person werde nicht ehender aufhören zu suchen, bis ich Euer p. p. Majestät selbst wieder gefunden und die Ergebenheit und Liebe meiner Liebe zu Dero hohen Person zu Füßen gelegt haben werde.

Ich bin Ehrfurchtsvoll
Euer Majestät unterthänigster Diener C. L. Drechsler,
Pensionair Lieutenant.

Ein entschieden freierer Zug kam in die Behandlung der forensischen Fragen in jener Zeit.

1811 wurde auf einen Interimsschein des stellvertretenden Prokurateurs, des Tribunalassessors Strohmeyer, die Catherine Dorothea Voigt, welche wegen Landstreicherey und Kuppeley in Untersuchung geraten und zu einer zweyjährigen Zuchthausstrafe verurteilt worden war, „interimistive in das Zuchthaus aufgenommen, um nach ihrer Entlassung der Surveillance der Ortsbehörden unterstellt zu werden".

Schon nach einem halben Jahre wurde sie wahnsinnig. Der Prokurateur des Districts Celle schlug vor und der Justizminister reskribierte entsprechend, „daß sie in der Irrenanstalt zu recipiren sey." „Wenn sie von ihrer Geisteskrankheit genesen sollte, sey die Zeitperiode ihrer Unklugheit bey der Berechnung der Strafe mit in Anrechnung zu bringen."

Si Dorothée Voigt a le bonheur de guérir, il me paraît, que l'on peut compter le terme de sa maladie dans celui de la peine. Si alors ce dernier temps est écoulé, il serait bien dur de la remettre en prison et de l'exposer par cette sévérité à perdre de nouveau la raison.

Das war eine Milde, die man bis dahin nicht gekannt hatte, und die wir in der Nachbehandlung unserer Gefängnispsychosen auch jetzt noch in der größten Zahl der Fälle schwer vermissen.

Bedeutend umständlicher als diese Aufhebung der Strafe war das Verfahren, wenn die Unzurechnungsfähigkeit im Laufe des gerichtlichen Verfahrens ausgesprochen werden mußte. Das Verfahren gegen die Brandstifterin Reibenstein illustriert diesen Geschäftsgang in sehr anschaulicher Weise.

Nachdem im Laufe der Voruntersuchung ihre Geisteskrankheit zutage getreten war, und sich der Substitut des Königlichen Prokurators hinlänglich von dem verwirrten Gemütszustande im Gefängnis überzeugt hatte, wurde ein medizinisches Gutachten eingeholt:

Gutachten des Collegii medici zu Celle
betreffend
den Gemüths und Gesundheitszustand der gegenwärtig in dem hiesigen Districts Gefängnisse inhaftirten Catharine Dorothea Reibenstein, geb. Schulze aus Altenhagen.

Die, den Unterschriebenen von dem Herrn Tribunal Richter von Bobers zur Erstattung eines Gutachtens mitgetheilten „Untersuchungs-Acten wider Catharine Dorothea Reibenstein geb. Schulze zu Altenhagen wegen Brandstiftung“ ergeben folgende Thatsachen. Catharine Dorothea Schulze aus kleinen Sustedt, gegenwärtig etwa 43 Jahre alt wurde vor ohngefehr 20 Jahren mit ihrem noch lebenden ebenfalls 43jährigen Ehemann Anton Reibenstein (einem Sohn des weyl. Predigers Reibenstein in Suderburg) verheiratet.

Reibenstein und seine Frau wohnten Anfangs in Suderburg, seit etwan viertehalb Jahren aber in Altenhagen, wo jener eine wüste zwey Drittel Meyerstelle angenommen hatte. Das Reibensteinsche Ehepaar erzeugte zwey Knaben und zwey Mädchen, von denen aber ein Knabe bereits vor 4 Jahren gestorben ist.

Nach der Angabe des Mannes zeigten sich schon vor 15 Jahren Anfälle von Melancholie bey seiner Frau. Diese Anfälle dauerten bald längere, bald kürzere Zeit. Die Kranke war dann unruhig und redete oft unkluges und unverständliches Zeug.

Ihr Mann consultirte wegen ihres Zustandes unsere, theils noch lebende, theils schon verstorbene Aerzte, hörte aber, da er keinen günstigen Erfolg von deren Curen verspürte, schon seit 6 bis 7 Jahren auf, ärztliche Hülfe zu suchen.

In den letzten fünf Jahren nahmen die melancholischen Anfälle der Reibensteinschen Ehefrau an Häufigkeit, Dauer und Heftigkeit zu. Seit anderthalb Jahren war sie fast beständig melancholisch, vorzüglich in den heißen Jahreszeiten. Sie arbeitete fast gar nicht, war mehrentheils unruhig, und oft ohne Wissen ihres Mannes mehrere Tage vom Hause abwesend. Sie äußerte in ihren Paroxismen unter andern, „in Suderburg wären sehr viele Bösewichter“, die es um sie verdient hätten, „daß ganz Suderburg abgebrandt werde“. Sie nannte mehreremale die Häuser des Voigts Helmerich in Suderburg und ihres Schwagers Reibenstein in Lüsche als solche, die sie anzünden wolle. Sie schrieb den Tod ihres Kindes den Einwohnern von Suderburg zu, die von ihr gehaßt wären. Ihre Drohungen, Feuer anzulegen, und die von ihr ausgestoßenen tollen Aeußerungen über die Ursachen der Kriege, und der unglücklichen Schicksale vieler Menschen bewogen den Dorfgeschworenen (jetzigen Commune-Maire) Ahrberg in Altenhagen schon vor einem Jahre, seiner Obrigkeit Anzeige von dem Zustande dieser Person zu thun, worauf aber keine Resolution erfolgte.

Die Reibensteinsche Ehefrau blieb sich selbst überlassen, ging frey und unbewacht umher, und bekam sehr häufig, besonders, wenn sie Verdruß hatte, oder gereizt wurde, ihre melancholischen Perioden.

Am 23. October des laufenden Jahrs geht die Reibenstein etwan Morgens um 10 Uhr von Altenhagen weg, und nimmt ihrer Aussage nach Feuerstahl, Stein, Lunten und Schwefelstücken in der Absicht mit, ihrem Schwager in Lüsche das Haus anzuzünden.

Sie verirrt sich unterwegens und kommt am Abend desselben Tages 10 Uhr in ein ihr unbekanntes Dorf (Sprakensehl). Der dortige Schneider Schulenburg trifft sie auf dem Hofe des Einwohners Nöhling und bittet sie, die Nacht in Sprakensehl zu bleiben, weil es schon so finster sey. Sie läßt sich hierauf nicht ein, sondern verlangt vielmehr auf den rechten Weg nach Lüsche gebracht zu werden, was auch von jenem geschieht. Zwischen 12 und 2 Uhr in der Nacht kommt sie bei ihres Schwagers Wohnung in Lüsche an, steigt auf einer Leiter, die sie zufällig vor dem Hause findet, aufs Dach, zündet einen Schwefelfaden an und legt solchen in das Dach, nach dem sie etwas Stroh aus letzterem herausgenommen.

Das Dach kommt sogleich in Flammen, worauf sie, die Brandstifterin, weggeht. Sie verirrt sich auf ihrem Rückwege abermals, kommt in der Gegend von Eschede und trift daher erst den Tag nach dem Feuer in ihrem Hause zu Altenhagen wieder ein. Auf das Befragen ihres Mannes, wo sie gewesen, erwidert sie anfangs „das brauche er nicht zu wissen, das gehe ihm nichts an“. Hinterher giebt sie an, sie sey in Suderburg gewesen und habe auf einer unbekannten Heuscheure geschlafen. Seit dieser Zeit scheint sie ihrem Manne ruhiger und vernünftiger, als sie in anderthalb Jahren gewesen.

In dem mit ihr am 10. November (17 Tage nach der Brandstiftung) angestellten Verhör vor dem Friedens-Gericht Beedenbostel erzählt sie lächelnd alle diese ihre That betreffenden Umstände, versichert, sie sey in der Absicht ausgegangen, das Haus ihres Schwagers anzuzünden, glaubt, ein verdienstliches Werk hierdurch gethan zu haben, und bittet zuletzt, man möge sie von ihrem Manne scheiden, weil sie sich uneinig wären. Auch erzählt sie in diesem Verhöre, es brause und schreye ihr beständig vor den Ohren, es rufe ihr zu, sie solle Schläge (worunter sie die von Menschen ausgeübten bösen Handlungen verstehe) ausbrennen; sie habe in ihrer Krankheit zuweilen gedacht, sie müsse ihr eigenes Haus anzünden.

Sie finde selbst, daß sie nach dem Brande viel ruhiger und zufriedener sey als vorher, und glaube, es komme daher, weil nun die bösen Menschen gestraft seyen.

Auch bei diesem ganzen Verhör bleibt die Reibenstein höchst ruhig, scheint keine Idee davon zu haben, daß sie eine unrechtmäßige Handlung begangen habe und nicht zu besorgen, daß sie gefänglich eingezogen werden solle.

In dem, vier Tage später hier in Celle mit ihr angestellten Verhör beantwortet sie die ihr vorgelegten, auf ihren Aufenthalt im Gefängnisse Beziehung habenden Fragen auf die verworrenste und unverständlichste Weise, wiederholt indessen

das Geständnis, daß sie ihres Schwagers Haus in Lüsche selbst angezündet habe.

Schon aus dieser actenmäßigen Relation giebt es sich nur zu deutlich, daß die Inhaftierte Catharine Dorothea Reibenstein nicht bey Verstande und in Rücksicht ihrer Brandstiftung, nicht Imputationsfähig ist.

Die Beobachtungen, die ihr Mann und andere, nicht mit ihr verwandte Einwohner ihres Dorfs schon lange vorher über ihren Gemüthszustand angestellt haben, die von Seiten der Dorfgeschworenen schon vor Jahr und Tag bey der Obrigkeit geschehene Anzeige von ihrer Melancholie, und die durch mehrere Zeugen erwiesenen tollen, verworrenen und unsinnigen Aeußerungen der Reibensteinschen Ehefrau, lassen präsumiren, daß sie, wo nicht beständig, doch oft in einem melancholischen Zustande gewesen seyn muß.

Ihr Benehmen vor, bey und nach der Brandstiftung entspricht vollkommen dem Begriff einer eingewurzelten Melancholie. Kalte Bosheit bey vollem Verstande, würde in diesem Falle ganz anders gehandelt, würde nicht vorher ihren Plan verrathen, würde die That hinterher entweder gar nicht, oder wenigstens nicht gleich bekannt haben, und würde bey und nach dem Geständniß nicht so heiter und ruhig geblieben seyn. Ebensowenig würde man die Brandstiftung dieser Person einem Jähzorn zuschreiben können, der weder dem Character und den Verhältnissen der Thäterin, noch den der That vorausgehenden und sie begleitenden Umständen entspricht.

Wohl aber zeigt sich in allen Fäden dieser Begebenheit das Gewebe einer ächten Melancholie, die beharrlich und consequent in ihren fixen, einseitigen Ideen, keine Belehrung und Zurechtweisung annimmt, unbekümmert um das Wohl und Weh anderer Menschen, nur sich selbst zum Mittelpunkt des Weltalls macht, bei der Ansicht des (würklichen oder eingebildeten) Ungemachs in der Welt alles aus dem schwärzesten Gesichtspunkte betrachtet, Ursachen und Wirkungen nicht von einander zu sondern, nicht mit einander zu verbinden weiß, und alles aufopfert, um einen einmal entworfenen Plan auszuführen. Eine Person, die wahrscheinlich schon von der Natur nicht mit einem vorzüglichen Verstande begabt worden, und der gewiß nur eine sehr unvollkommene und beschränkte Erzienung und Bildung zu Theil geworden, mußte um so leichter durch offenbare ungünstige Einflüsse von außen, durch Unzufriedenheit mit ihrer Lage, durch Armuth, durch den Tod ihres Kindes und durch andere Unglücksfälle wie durch wirkliche oder vermeintliche Kränkungen in einen melancholischen Zustand versetzt werden können, da die in den Acten enthaltenen Angaben ihres Ehemannes es wahrscheinlich machen, daß in der Familie der Inhaftirten eine Anlage zur Melancholie erblich ist.

Auch unsere eigene Untersuchung über den Gesundheits und Gemüthszustand der Reibensteinschen Ehefrau bestätigt das schon aus den Acten vor ausgezogene Resultat. Ein jeder von uns hat die Inhaftirte einzeln gesehen, und demnächst haben wir sie gemeinschaftlich besucht und befragt. Manche unserer Fragen beantwortete sie ganz vernünftig. Sobald wir aber das Gespräch auf ihre Brandstiftung, oder auf die Personen, die ihr nach dem Inhalt der Acten zuwider sind, brachten, redete sie ungereimt und verwirrt. Sie sprach mit Lächeln von ihrer schrecklichen That, bezeugte nicht die mindeste Reue darüber, sondern äußerte auf Befragen ganz freymüthig, sie würde bey ähnlichen Anläßen und Kränkungen auch wieder eben so handeln. Es erhellte sehr deutlich aus der Unterredung mit ihr, daß Mißtrauen, Unzufriedenheit mit ihrer Lage, und das Gefühl vermeintlich erlittner Kränkungen sich ihrer Vorstellungsweise ganz bemächtigt habe, daß sie in ihrer Melancholie kein richtiges Urtheil über die Rechtmäßigkeit oder Unrechtmäßigkeit der Handlungen zu stellen im Stande sey, daß sie Ursachen und Wirkungen mit einander verwechseln und oft dem logischen Beschluß post hoc, erga propter hoc folge.

In Rücksicht ihres körperlichen Gesundheitszustandes scheint es uns bemerkenswerth, daß sie wohl gebauet, ungewöhnlich groß und stark, und von eigentlich athletischer Constitution ist. Sie ist sehr fett, hat aber keine frische, sondern vielmehr eine etwas graue, fast gelbliche Farbe.

Sie klagt über nichts, als über öfteres Ohrensausen und über Angstschauer, die sie nicht selten aus dem Hause trieben. Wir haben durch unsere Fragen keine bedeutende Störung der Functionen des Körpers auffinden können. Auch ihre monatliche Periode soll nach ihrer Versicherung noch regelmäßig und ohne ungewöhnliche Zufälle eintreten.

Ob ein krätzartiger Ausschlag, den sie in ihrem unverheiratheten Zustande gehabt und eine Schmiercur sehr schnell geheilt zu haben behauptet, einigen Antheil an der Hervorbringung ihres melancholischen Zustandes habe, können wir bey dem Mangel bestimmterer Angaben nicht beurtheilen. Das aber dürfen wir nicht unbemerkt lassen, daß auch ihre körperliche Beschaffenheit den Erscheinungen entspricht, die man gewöhnlich, oder doch sehr häufig bei melancholischen Personen findet. Ihre gelbliche graue Farbe und ihr fetter Körper scheinen uns eine fehlerhafte Circulation im Unterleibe, eine Stockung im Pfortadersystem und in der Leber anzudeuten. Solche Uebel stehen gewöhnlich mit Beängstigungen, Sausen vor den Ohren und ähnlichen Zufällen in einer Causalverbindung; und diese Zufälle sind bekanntlich sehr oft Vorboten und Begleiter eines melancholischen Zustandes.

Nach unserem Dafürhalten ist daher Catharina Dorothea Reibenstein gebohrene Schulze als eine Kranke zu betrachten, die an fixem, partiellen Wahnsinn leidet.

„Melancholia morbus, in quo ägrotus delirat idem fere et uni co gitationi defixus."

Boerhaave Aphor. § 1089.

„Fixe Ideen", sagt der berühmte Reil von der Melancholie, „und die subjective Ueberzeugung, daß der Wahn Wahrheit sey, gehören wesentlich zur Charakteristik dieser Krankheit."

Bey unserer Kranken sind Bestrafung der Bösen, zu welcher sie sich durch einen eigenen Trieb angefeuert fühlt, wobey ihr Haß und ihre Zerstörungssucht sich besonders gegen ihre Anverwandten richtet (ein so häufiger Haß bei Tollen) und Krieg und Unglück in der Welt, auf sie allein einbrechend, die fixen Ideen, von denen ihr Geist lebhaft ergriffen wird. —

Leidende dieser Art handeln mit Ueberlegung, mit Thatkraft, aber unter falschen Voraussetzungen und unter irrigen Vorstellungen: sie haben daher keine freye Willenskraft, und ihre Handlungen können ihnen nicht so, wie vernünftigen Menschen, deren Willenskraft frey und ungebunden ist, imputirt werden. Daher kann auch jener Kranken, die von ihr unternommene Brandstiftung nicht imputirt werden. Wohl aber ist es bey dieser alten und eingewurzelten Melancholie nach unserer Ueberzeugung, sowohl für die allgemeine Sicherheit, als für das Wohl der Kranken und ihrer Familie erforderlich, daß die Inhaftirte in das Irrenhaus gebrach

werde. Es ist nicht wahrscheinlich daß sie je ganz genesen werde, wenigstens dürfte sie wohl nicht eher zu entlassen seyn, bevor sie nicht nach dem Zeugnisse des Irren-Arztes ein volles Jahr von melancholischen Perioden freygewesen wäre. Und selbst in diesem kaum zu supponirenden Falle dürfte sie der speciellen Aufsicht der Polizey nicht gleich entzogen werden, weil die Rückkehr in ihre Familie und der erneuerte Anblick der Personen und Gegenstände, die ihr in ihrer Melancholie zuwider waren, leicht einen Rückfall ihres bisherigen Gemüthszustandes veranlaßen würde.

Darauf sprach der Kriminalgerichtshof des Allerdepartements folgendes Urteil:

In Untersuchungssachen wider Catharine Dorothea Reibenstein gebohrene Schulze aus Altenhagen, wegen Brandstiftung, erkennt der Criminal-Gerichtshof des Aller-Departements, nach geschehenem Vortrage aus den Acten und deren Verlesung, nach Anhörung des Substituten des Königl. General-Procurators, nach Ansicht des fünfzehnten und sechszehnten Artikels der Peinlichen Prozeßordnung vom siebenzehnten und neunzehnten August achtzehnhundert und acht, auch des Einhundert und fünfzigsten und Einhundert neun- und siebenzigsten Artikels der Peinlichen Halsgerichts-Ordnung Keysers Carl des Fünften;

In Erwägung

daß die Inquisitin bereits seit vielen Jahren an tiefer Melancholie gelitten und ihres Verstandes dabey nicht mächtig gewesen,

daß dieser Zustand seit etwa anderthalb Jahren sich sehr verschlimmert, daß an der Wahrheit und Gewißheit dieser durch mehrere Zeugen bekräftigten That-Umstände um so weniger zu zweifeln, als der Ehemann der Inquisitin sowohl, als die Dorfgeschworenen zu Altenhagen, davon schon vor geraumer Zeit der vormaligen Obrigkeit der Commune Altenhagen Anzeige gethan; daß der Wahnsinn der Inquisitin sich zwar hauptsächlich als fixe Idee gegen ihre Angehörige, aber doch auch gegen andere Personen und über sonstige Gegenstände äußert; daß der instruirende Richter sie bey einem mit ihr beabsichtigten Verhöre in solcher Verstandes Verwirrung gefunden, daß ein ordentliches Verhör mit derselben überall nicht abgehalten werden können; daß nach der von den Ärzten, Professor Scheller, Hofmedicus Koeler und Hofmedicus Schmidt in Celle angestellten Untersuchung, die Inquisitin auch gegenwärtig noch völlig wahnsinnig ist, und zu ihrer Besserung wenig oder gar keine Hofnung vorhanden; daß folglich eine Vernehmung derselben vor dem Criminal-Gerichte in öffentlicher Audienz nicht thunlich; daß daher unter allen diesen Umständen weder die Einleitung des peinlichen Verfahrens gegen die Inquisitin, noch eine Bestrafung derselben, wegen Mangels der Imputations Fähigkeit zur Zeit der verübten That, für stattnehmig zu halten, oder falls dieses auch noch einigem Zweifel unterworfen seyn sollte, eine zu erkennende Strafe wenigstens dermahlen in ihrem wahnsinnigen Zustande nicht würde executirt werden können;

für Recht:

daß die peinliche Anklage gegen die Inquisitin nicht Statt habe, die Sache vielmehr polizeymäßig zu behandeln und daher bey der obern Polizey Behörde darauf anzutragen sey, daß die Inquisitin in das Irrenhaus vor Celle gebracht und daraus nicht eher entlassen werde, bis man sich von ihrer Wiederherstellung überzeugt und gegen ähnliche gefährliche Handlungen des Wahnsinns derselben gesichert halten darf;

und beauftragt den Königlichen General Procurator mit der Ausführung dieses Erkenntnisses.

Erkannt und gesprochen Hannover im Criminalgericht des Aller Departements am zwey und zwanzigsten März achtzehnhundert und eilf. von Rechts Wegen.

(Schluß folgt.)

(Aus der Chirurgischen Klinik Heidelberg. Direktor Prof. Dr. Wilms.)

Glyzerininjektionen in die Urethra als Ersatz des Katheterismus.

Von Privatdozent Dr. *Carl Franke*, Assistent der Klinik.

Auf Grund einer Mitteilung von Otto Franck (Zentralblatt für Chirurgie, 1911, Nr. 2, S. 36) haben wir an der Klinik in vielen Fällen mit meist gutem Erfolg das „Glyzerin als Blasenlaxans" verwendet und durch einmalige Injektion den in der Regel häufig zu wiederholenden Katheterismus umgangen, wenn unsere Patienten nach Operationen wegen der Lage im Bett oder aus anderen Gründen spontan nicht urinieren konnten. Deshalb habe ich in der hiesigen psychiatrischen Klinik, wo ich seit mehreren Jahren als chirurgischer Konsilarius die einschlägigen Fälle sehe, bei Harnverhaltung auch das Glyzerin angewendet. Es ist ja dieses Material ganz anders, als das der chirurgischen Klinik. Es waren naturgemäß meist Paralytiker, die zur Behandlung kamen, vereinzelt auch andere organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, einmal ein schwerer katatonischer Stupor mit Urinretention; deshalb war zwar von vornherein klar, daß man nicht dieselben guten Erfolge erwarten durfte. Indessen mancherlei Erwägungen drängten direkt zu einem Versuch: So ist mit dem Glyzerin unter keinen Umständen Schaden anzurichten. Ferner sind gerade die Patienten der Psychiatrischen Klinik, soweit sie katheterisiert werden müssen, mehr als andere der Zystitis verfallen. Man ist meist lange Zeit, wenn nicht dauernd gezwungen, den Katheter anzuwenden, bei den unruhigen Patienten ist es oft sehr schwer möglich, eine auch nur halbwegs genügende Asepsis zu beobachten, der Krampf des Schließmuskels ist häufig so beträchtlich, daß man feste Katheter verwenden muß, und damit wächst die Gefahr der Ver-

letzungen. Es sind das alles begünstigende Momente für das Haften einer Infektion, die, wenn sie einmal eingetreten ist, kaum mehr beseitigt werden kann. Angenehm ist es im übrigen auch nicht, unruhige Leute zu katheterisieren, und in dieser Hinsicht wird die Schwierigkeit besonders groß, wenn dem Arzt die Übung fehlt. Bekämpft man die Unruhe des Patienten mit Morphium oder Scopolamin, so vermehrt man damit wieder die Neigung zur Harnverhaltung. Um so lieber bin ich deshalb in der gleich zu beschreibenden Weise vorgegangen, wie es auch schon Franck (l. c.) tat.

Verwendet wird eine Rekordspritze von mindestens 20 bis 25 ccm Inhalt, die durch Auskochen leicht zu sterilisieren ist. (Muß auseinandergenommen im kalten Wasser ans Feuer gesetzt werden, weil sie sonst leicht springt.) Dazu habe ich einen kurzen birnförmigen Ansatz aus Metall (auskochbar) machen lassen nach Art der Tripperspritzenmündung. Die Spritze wird gefüllt mit zweiprozentigem Borglyzerin und dieses in die Harnröhre eingespritzt, indem der verdickte Ansatz fest in das Orificium externum der Urethra eingepreßt wird, in der gleichen Weise bei Männern und Frauen. Der Ansatz sollte etwa $1^1/_2$ cm an der dicksten Stelle im Durchmesser haben, damit er nicht in die Urethra hineinrutscht. Wenn man so einspritzt, dann fließt ein Teil der Flüssigkeit durch das Orificium internum bis in die Blase und übt so den gewünschten Reiz auf die Urinentleerung aus, während etwa 10 ccm Flüssigkeit beim Abnehmen der Spritze aus der Harnröhre zurückfließen.

Bei unruhigen Patienten kann man sich die Arbeit durch eine kleine Scopolamingabe erleichtern. Die übrigen haben nach der Einspritzung ein leicht zu ertragendes Brennen in der Harnröhre.

Nicht in allen aber doch in vielen Fällen bin ich damit zum Ziele gekommen. Es erfolgt nach 10 bis 30 Minuten spontan Harnentleerung, und zwar nicht nur einmal, sondern in der Regel für die Dauer von 10 bis 14 Tagen, manchmal auch dauernd. Die Injektion kann wiederholt werden, wenn die Wirkung der ersten abgeklungen ist.

Mißerfolge habe ich meist gehabt bei mechanischen Hindernissen (Strikturen) und der Prostatahypertrophie. Auch sonst habe ich nicht immer Erfolge gehabt, aber doch habe ich mir so oft einen unangenehmen und schweren Katheterismus dauernd ersparen können, daß ich dieses einfache und in jedem Fall unschädliche Mittel gerade für die Störungen in der Blasenentleerung Geisteskranker aufs wärmste empfehlen möchte.

Mitteilungen.

— Unter dem Titel: **Die Beiratstelle als Form der Fürsorge für aus Anstalten entlassene Geisteskranke** (soeben erschienen als Heft 2 in Band II der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, herausgegeben von der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern. Berlin 1913, R. Schoetz. Preis brosch. 0,70 M., 24 Seiten) schildert Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli, Berlin, Entstehung und bisherige Entwicklung einer neuen Organisation der Fürsorge für entlassene Geisteskranke in Berlin.

Für gewisse Krankheitszustände, wie sie namentlich aus städtischer und großstädtischer Bevölkerung zur Behandlung gelangen, erscheint eine besondere Ausbildung desjenigen Teiles der Krankenfürsorge erforderlich, welcher in der Form der Hilfsvereine für Entlassene und der Familienpflege sich während der letzten Jahrzehnte immer umfänglicher entwickelt hat; in vielen Fällen dieser Art ist die Anstaltsbehandlung nur eines der Glieder in der Kette der Fürsorge, und bei nicht wenigen sogar im wesentlichen ein vorbereitender Schritt für andere dauerndere Hilfsmaßnahmen; es sind die Personen mit disponiertem, erkrankbarem oder gewöhnlich schon in mäßigen Graden abnorm arbeitendem Nervensystem; erkranken sie unter dem Einfluß äußerer Faktoren, so ist die Heilungsaussicht nicht schlechthin ungünstig; aber gerade bei ihnen wird die Anstaltsbehandlung nur vorübergehend, wenn auch nicht selten wiederholt erforderlich; unter besseren Bedingungen, wenn schädliche Einflüsse ferngehalten, die Widerstandskraft erhöht werden kann, vermögen sie sich draußen zu helfen und zu halten. So ist, z. B. bei vielen sogenannten „Alkoholisten", Personen mit psychopathischer Beschaffenheit oder degenerativen Zügen, der Spirituosengenuß oft nur der gröbste Ausschlag, der sich aus der abnormen Konstitution ergibt. Bei der Mehrzahl solcher Fälle entfaltet die Trinkerfürsorge eine erfolgreiche Tätigkeit.

Die andere Art der Außenfürsorge, die Familienpflege, hat sich für gewisse Kranke nicht als die zweckmäßige Form der notwendigen Nachbehandlung erwiesen; es sind dies Personen mit psychopathischer Konstitution, mit epileptoiden Zuständen, schwer Neurasthenische, Traumatiker und zwar Leute mit gewissem Grad von Intelligenz und sozialer Brauchbarkeit. Während die Familienpflege bei schwächeren Kranken einen mehr patriarchalischen Zug haben kann, bietet sie den geistig Regsamen nicht oder nur in beschränktem Maße die erforderliche Gelegenheit zu einer selbstwilligen und selbständigen Betätigung, wie

sie für das Vorwärtskommen erforderlich ist. Nur als Durchgangsstation hat die Familienpflege auch für manche dieser Kranken Bedeutung.

Die neue Einrichtung, welche gerade dem Vorwärtskommen der intelligenteren und selbständigeren unter den entlassenen Kranken obenbezeichneter Art dienen soll, wird als Beiratstelle bezeichnet. „Der Ausdruck Beiratstelle soll deutlich die Absicht hervorheben, daß der Kranke selbständiger — ohne die Aufsicht einer Pflegestelle — die ihm gewährten materiellen Mittel verwendet. Er muß also von vornherein in gewissem Grade arbeitsfähig sein. Beratung und Leitung durch sachverständige Personen soll dann die Schwierigkeiten beseitigen, die nicht in erster Linie aus seiner geistigen Verfassung und verminderten Leistungsfähigkeit, sondern zum großen Teil aus seiner äußeren Lage sich ergeben."

Als Grundlage für die Zuteilung an die Beiräte gilt die bisherige Berufstätigkeit des Kranken; der Beirat muß fachmännisch beurteilen können, was der zu Entlassende leisten und erwarten kann, und muß ihn, auf Grund sachlicher Kenntnis des Erwerbslebens des Kranken und praktischer Erfahrung darin, richtig zu beraten in der Lage sein.

Diese Beiratstelle ist vor etwa einem Jahr als vorläufiger Versuch zunächst nur für die Anstalt Herzberge, also für Kranke aus dem gesamten Osten Berlins geschaffen worden. Die Geschäftsräume befinden sich ziemlich in der Mitte des zu dieser Anstalt gehörigen Aufnahmebezirks; in diesen Räumen findet wöchentlich zweimal nachmittags eine ärztliche Sprechstunde statt, in welcher sich der Kranke ärztlichen Rat holen kann, der Beirat, der den entlassenen Kranken zu übernehmen sich bereit erklärt hat, Gelegenheit nimmt, sich bei dem Arzt über den Kranken zu informieren, und die Höhe der Unterstützung festgestellt wird. In regelmäßig stattfindenden Sitzungen werden mit den Beiräten schwierige Fälle besprochen und vorgestellt. Die psychiatrisch vorgebildete Helferin, welche in den Sprechstunden stets anwesend ist, prüft die Unterbringung und die Wohnungsverhältnisse, besorgt die Führung der Besuchsliste, vermittelt den Verkehr der Kranken oder deren Angehörigen mit Arzt und Beirat, besorgt die Rechnungslegung und leistet die ganze wichtige Kleinarbeit, wie Besorgung von Arbeitsgelegenheit, Ankauf von Arbeitsstoff, Beschaffung von Wohngelegenheit, Kleidung, Wäsche, Obsorge für Beköstigung etc. Auch bei männlichen Kranken hat sich die Verwendung einer Frau bei dieser Fürsorgetätigkeit bewährt; ihr gegenüber regt sich das männliche Unabhängigkeitsgefühl weniger als gegenüber männlichen Helfern.

Die Gewährleistung von Unterkunft, Nahrung etc. geschieht in der Voraussetzung, daß der Kranke weiterhin zu seinem Unterhalt beitrage. Das Bewußtsein, einen Rückhalt zu haben, macht ihn wesentlich arbeitsfähiger.

Hebt sich der Verdienst des Entlassenen über die Höhe der ihm gewährten Unterstützung, so darf die Sache nicht einfach abgebrochen werden. Neben dem von der Anstalt bei der Entlassung gewährten Unentbehrlichen wird nun nötigenfalls die Ausstattung etwas vervollständigt. Erst allmählich werden die Leistungen vermindert, namentlich wird die Wohnungsmiete noch längere Zeit gewährt.

In der Beiratstelle werden neben einer allgemeinen Liste die Kassenbücher und ein Tagebuch geführt, in welchem ein kurzes Protokoll über die allgemeinen Sitzungen, die wichtigeren Vorfälle und die Beschlüsse niedergelegt wird. Im Geschäftsverkehr wird Weitläufigkeit vermieden. Die Erledigung der Bürogeschäfte geschieht in der Beiratstelle durch einen Magistratsbeamten.

Die Fortentwicklung der Beiratstelle hängt ganz besonders von den Beiräten ab; man darf ihnen nicht durch zu unsichere oder zu schwierige Kranke die Mitarbeit erschweren und das Vertrauen zu der ganzen Einrichtung aufs Spiel setzen.

Ganz von selbst finden sich in der Sprechstunde auch solche frühere Kranke der Anstalt ein, die nicht ausdrücklich der Beiratstelle zugewiesen waren. Es wird andererseits daran festgehalten, daß die Beiratstelle nur für solche Kranke eintritt, die bereits fachärztlicher Beobachtung unterstanden haben.

Bezüglich der Einzelheiten, so auch des Verhältnisses des Beirats zur Pflegschaft, muß das Original durchgelesen werden.

Moeli glaubt, daß in weniger ausgedehnte Städten und bei Anstalten, die in der Nähe von nicht zu kleinen Städten liegen, die Aussichten für die weitere Entwicklung der Beiratstellen noch günstigere sind als in Berlin. Er bemerkt zum Schluß: „Wie die Kosten von größeren Verbänden zu leisten sind, erscheint weniger wichtig, als daß gegenüber der stetig sich steigernden Ausgabe für Anstaltspflege der Kranke mit geringerem Aufwand und in zweckmäßigerer Weise gefördert werden kann", und er hofft, daß bei der Ausdehnung, welche an einzelnen Stellen die Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke in vorbildlicher Weise erreicht haben, die Mitarbeit nichtärztlicher, vom Verständnis für die Aufgabe erfüllter Personen auch bei dieser Beiratstelle gewonnen werden wird. B.

Im nachstehenden sind Fragebogen und Instruktionen abgedruckt, welche bei dem Betrieb der Beiratstelle eingeführt sind.

Beiratsstelle.

Berlin O. 34, Eckertstraße 16.

Jahrgang: .... Nr.......... Eintritt am.......................191...
A.-Z. J. A. H. (Herzberge)
A.-Z. A.-D. (Arm.-Dir.)
Vor- und Zuname:................................... Konf.....................
Stand, Beruf: ....led., verh., verw., getr., gesch.
Geburtstag:...................... Geburtsort:.................................
Wohng. vor d. Anst.-Aufn.:...
" des Ehegatten: .... jetzt:.........................
" d. nächst. Angehörg.: ....
Kinder: { m................ w................ } darunter über 16 Jahr { m................ w................ }
Bisherige Beschäftig. und Erwerb:...
Krankenkasse:............................ Krankengeld:....................
Rente monatl. { Unf.- ....M. Inval.-.......... " Alters-.......... " } event. wieviel Karten geklebt?..........
Seit wann Militärpension?..
Sonstige Einnahmen:...

Wie hoch { Armen-Unterstützg. selbst? A.-K.[1]) Nr..........
„ „ f. Fam.? „ „ ....
Zahl der Aufn.: H.(erzberge).....................
Außerdem in D.[2])......... B.[3])......... W.[4])..........
Bem...
Letzte Aufn :..
Weiteres: ....
Vormund:..................... Wohng.................... ger. A.-Z...........
Pfleger:......................... „ .... „ „ ....
Geeignet für ....
Als Maßnahmen kommen in Betracht:...
Beirat (Stellvertr.)..
Monatl. / Wöchentl. Unterstützung:

mit M.	am	mit M.	am	mit M.	am	außerord. Unterstützg. bar und Sachleistung (im Wert):

Wohnung:..
Arbeitsstelle: ....
Besond. Vorkomm.: ....
Austritt am..
Verzogen nach..
Überweisung an A.-K. Nr. ....
Aufnahme in ....
Bemerkungen:..
Z. d. A. Herzberge abgegeben am ....

[1]) Arm.-Komm. [2]) Dalldorf. [3]) Buch-Ost. [4]) Wuhlgarten.

Ärztlicher Anlagebogen.

Name	Vorname	Jahrgang Nr.	Eintr. am

1. Erblichkeit:...
2. Vorleben:...................... Alk........... Tr........... Lu...........
Sonstiges ....
3. Erkrankungen in der Familie: ....
4. Frühere Krankheiten ....
5. Familienverhältnisse:..
6. Gesetzwidrigkeit: ....

Grundzüge für den Geschäftsgang:

1. Der Kranke wird von dem Arzte der Beiratstelle dem persönlichen Beirat zugewiesen. Die Beiräte werden durch das Anstaltsbureau benachrichtigt (Formular) und um Rücksprache mit dem Arzte — meist auch schon mit dem Kranken — ersucht (in der Regel in der Beiratstelle).
2. a) Die laufende (monatliche oder wöchentliche) Unterstützung bestimmt der Arzt im Einvernehmen mit dem Beirat. Sie soll in der Regel 30 M. monatlich nicht übersteigen. Statt der Barzahlung kann solcher Betrag teilweise oder ganz auch für Sachleistung aufgewandt werden.
   b) Gelegentliche Unterstützungen bis zu 6 M. im Monat können auf Anweisung des Arztes der Beiratstelle gezahlt oder mit seinem Einverständnis von dem zuständigen Beirat gegen Empfangsbescheinigung gewährt werden.
   Nach demselben Grundsatze erfolgt die einmalige Beschaffung und Übermittlung der für Kranke erforderlichen Gegenstände von entsprechendem Werte.
3. Erscheint in Ausnahmefällen eine laufende Unterstützung von mehr als 30 M. erforderlich, so ist ein übereinstimmender Beschluß von zwei Beiräten und dem Arzte herbeizuführen.

   Dasselbe gilt, wenn die ausnahmsweisen Unterstützungen innerhalb eines Monats 6 M. (s. 2 b) überschreiten. Soweit die Beschaffung von Gegenständen höhere Kosten erfordert (z. B. Werkzeug, Arbeitsstoffe usw.), ist nach denselben Grundsätzen zu verfahren.
4. Die Auszahlung der laufenden Unterstützung oder einmaligen Beträge kann je nach Lage des Falles entweder in der Beiratstelle durch den Bureaubeamten oder — falls erforderlich — außerhalb derselben durch die Helferin gegen Quittung des Empfängers erfolgen. (Bisher unbedenklich).
   Ob die Entschädigung für Unterkunft ev. Beköstigung usw. nicht an den Kranken selbst, sondern an den Wohnungsgeber usw. zu zahlen ist, bestimmt der Arzt — unter Umständen nach Rücksprache mit dem Beirat. Das gleiche gilt für Sachleistungen.
5. Der Kranke kann im Bedarfsfall von dem Arzt mit entsprechendem Zeugnis der Anstalt wieder zugewiesen werden. —

— **Eine neue (siebente) Landesirrenanstalt in der Provinz Brandenburg.** Der brandenburgische Provinziallandtag hat beschlossen, eine siebente Landesirrenanstalt bei Fürstenwalde zu erbauen. Als Baugrundstück kommt das städtische Gelände am Trebuser See nebst den städtischen Wiesen im Störitzluch und im Spreetale von zusammen fünfhundert Morgen in Betracht. Die Stadt Fürstenwalde als Eigentümerin des Geländes bietet es der Provinz unentgeltlich an. Dieses Angebot würde einem früheren Beschlusse des Provinziallandtages Rechnung tragen, nach dem das Gelände für die neue Anstalt möglichst unentgeltlich zu erwerben sein soll. Es haben zwischen den Provinzbehörden und der Stadt Fürstenwalde Verhandlungen stattgefunden, die zu einem guten Ergebnis geführt haben. Die Stadt Fürstenwalde ist ferner die Verpflichtung eingegangen, Sorge zu tragen für die Anlegung einer guten Zufahrtsstraße schon vor Beginn der Bauausführungen, für die Verbindung der Anstalt mit der Stadt im Falle der Einführung einer Straßenbahn in der Stadt Fürstenwalde und für die Zulassung einer Badeanstalt im Trebuser See und die Benutzung des Sees zu Erholungs- und Unterhaltungszwecken. Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß die Stadt Fürstenwalde ihrer ganzen Lage nach für die Errichtung einer Landesirrenanstalt ausgezeichnete Vorbedingungen besitzt. Das von der Stadt angebotene Gelände liegt etwa 1,5 Kilometer vom Bahnhofe entfernt und ist, ohne die Stadt zu berühren, schnell zu erreichen. Auch die wichtigsten Grundwasserverhältnisse sind günstig. Freilich wird die Anstalt mit den 500 von der Stadt unentgeltlich gewidmeten Morgen Landes nicht hinreichend befriedigt sein. Die Erfahrung hat gelehrt, daß noch in späteren Jahren umfangreiche Geländekäufe stattfanden, um die unschätzbaren Vorteile der Deckung wichtiger Anstaltsbedürfnisse aus eigenem Betriebe sicherzustellen. Mit dem Bau der neuen Anstalt soll noch in diesem Jahre begonnen werden.

— In dem **Programm der Sektion für Psychiatrie auf dem Internationalen Kongreß** in **London** ist an der Stelle der ursprünglich angeführten Referenten Cramer-Göttingen und Morselli-Genua das Referat über die Psychologie der Verbrecher in einer kombinierten Sitzung der Sektion für Psychiatrie und gerichtliche Medizin Herrn Professor Dr. Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg übertragen worden.

Referate.

— Loeb, Oswald und von den Velden, Reinhard, Privat-Dozenten. Über die Grundlagen der internen Therapie mit Jodfettsäure-Derivaten. (Aus dem Göttinger Pharmakologischen Institut und der Düsseldorfer Medizinischen Klinik.) Therap. Monatshefte 1911, Heft 4.

Durch die bisherigen therapeutischen Beoachtungen sei die aprioristische Anschauung über die Brauchbarkeit und Vorzüge des Lipojodins als richtig erwiesen. Der Ester wurde in Tablettenform meist in Dosen von 0,3—1,5 g verabreicht. Er wurde von sämtlichen Patienten ohne irgendwelche Beschwerden vertragen. Dabei besitze die Tablette einen angenehm süßlichen Beigeschmack. Selbst bei forcierten Dosen bis zu 5 g Lipojodin am Tage seien bis jetzt keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen wahrgenommen worden. Im Tierexperiment seien überhaupt die Derivate der höheren Dijodfettsäure bis zu den höchsten applizierbaren Dosen ungiftig, während z. B. der Monojodisovalerianylharnstoff in Dosen von 0,5 g pro kg Tier Kaninchen töte. Das Lipojodin sei im Verlauf von acht Monaten in 30 Fällen angewandt worden. Es liege bei den bekannten Indikationen in der Natur der Sache, daß man nicht überall von eklatanten therapeutischen Erfolgen berichten könne. Hervorzuheben seien u. a. ein Fall von Bronchitis chronica und ein Fall von Lues, der übrigens vorher mit 0,6 g „606" intravenös erfolglos behandelt worden war. Beide Fälle reagierten schon bei kleinen Dosen Jodkalium mit Jodismus, während sich nach Verabreichung von 1,0 g Lipojodin pro die keinerlei Jodismussymptome bei therapeutischem Erfolge zeigten. Ferner sei von Bedeutung der gute andauernde Effekt bei Bronchialasthma, sowie der therapeutische Erfolg bei arteriosklerotischen Beschwerden, besonders Schwindelerscheinungen. Diesen günstigen Beobachtungen könne man bis jetzt keinerlei ungünstige gegenüberstellen.

Interessant sei, daß ein Individuum nach Verabreichung von nur 0,5 g freier Dijodelaidinsäure nach 20 Stunden deutlich an Jodismus (Stirnschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Jodangina) erkrankt sei, jedoch die drei- bis fünffache Joddosis in Form von Lipojodin anstandslos vertragen habe.

Therapeutisches.

Schilddrüsenpräparate gegen Sterilität? Von Dr. Ludwig Weil, prakt. Arzt in München. Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 42, 1912.

Die in letzter Zeit sich häufenden Publikationen über Korrelation zwischen Thyreoidea und Ovarien veranlaßten den Verf., seine drei Beobachtungen bekannt zu geben mit dem Ersuchen, in geeigneten Fällen, natürlich unter strenger Auswahl geeigneter Fälle und unter Beobachtung aller ja allgemein bekannten Kontraindikationen seine Erfahrungen nachzuprüfen.

Die Schilddrüse ist ein sezernierendes Organ, welches das Sekret, einen jodhaltigen Eiweißkörper, in die Blutbahn abgibt; diese Substanz wirkt als Hormon, indem sie eine Steigerung normaler Tätigkeit entfernter Teile auslöst; bei vielen sterilen Frauen handelt es sich um eine Störung dieser Hormonwirkung der Schilddrüse auf das Ovarium; durch Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten kann eine Beeinflussung herbeigeführt werden.

Verf. selbst hat nur die Jodothyrintabletten der Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co., Elberfeld, angewendet, stets mit 1 Tablette tägl begonnen und gewöhnlich 3 mal tägl. 1—2 Tabletten verabreicht. Die Fälle müssen von dieser Behandlung ausgeschlossen sein, bei denen ein gynäkologischer Befund oder die abnorme Spermaflüssigkeit des Mannes die Konzeption verhindert.

Im übrigen verweist Verf. auf das hochinteressante Werk von Prof. Dr. Artur Biedl: Innere Sekretion (Verlag Urban & Schwarzenberg).

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S. — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Joh. Bresler,

Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Albrechtstraße 46.

Telegr.-Adresse Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 898.

Nr. 52. 29. März **1912/13.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Abonnementspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Inseraten wird für die 3gespaltene Petitzeile 40 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. — Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben (Schlesien) zu richten.

Inhalt:

Die Irrenpflege in Hannover zur Franzosenzeit.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Schluß.)

Der Substitut des Procurators legte gegen das Urteil Kassation ein, die aber von dem Königlichen Staatsrate in Cassel verworfen wurde. Darauf ersuchte er den Procureur des Königs, sich dahin zu verwenden, „daß die Reibenstein in das Zuchthaus gebracht und nicht eher wieder entlassen werde, bis man sich von ihrer Wiederherstellung überzeugt und gegen ähnliche gefährliche Handlungen ihres Wahnsinns gesichert halten könne".

Nachdem sie von den Gensdarmen dem Zuchthause zugeführt worden war, wurde sie unter den Gefangenen aufgenommen. Die Scheidung zwischen den Züchtlingen und Wahnsinnigen scheint demnach ebenso wenig scharf durchgeführt worden zu sein, wie in früheren Zeiten.

Da sich aus dem ganzen Verfahren zur Genüge ergeben hatte, daß die Inkulpatin zur eigenen Administration ihres Vermögens durchaus unfähig sei und von seiten ihrer Anverwandten ein Antrag auf Interdiction nicht geschehen war, stellte der Substitut des Königlichen Prokurators nach Artikel 491 des Code Napoléon den Antrag, „nach dem Vortrage eines dazu zu remittirenden Tribunalrichters in Gemäßheit des Artikels 822 der bürgerlichen Proceßordnung das Gutachten des Familienrathes über die Interdiction dieser Rasenden zu erfordern". Die Abschrift des Antrags wurde der Kranken insinuiert, die aber die Unterschrift verweigerte, „da sie des Schreibens unerfahren sei".

Darauf berief der Friedensrichter den Familienrat:

Nachdem den Erschienenen hierauf die Absicht ihrer Zusammenberufung bekannt gemacht worden, wurden dieselben aufgefordert, ihr Gutachten abzugeben.

Sämmtliche Erschienenen erklärten hierauf einzeln, jedoch einstimmig, daß die verehel. Reibenstein nach ihrem Benehmen bey der von ihr begangenen schrecklichen Handlung, nach dem von drey bekanntlich geschickten Aerzten abgefaßten Gutachten, und dem Erkenntnisse des Criminal-Gerichtshofes des Aller Departements ihrem Ermessen nach gegenwärtig allerdings als eine Wahnsinnige zu betrachten sey, der die Verwaltung ihres Vermögens, wenn sie ein solches besitze, nicht überlassen bleiben könne; welcher Meinung auch der den Vorsitz führende Friedensrichter beitrat.

In Erwägung dieses einstimmigen Gutachtens aller Mitglieder, erkennt der Familienrath die verehelichte Catharine Dorothea Reibenstein gebohrene Schulze zu Altenhagen für wahnsinnig, und erklärt sie zu Verwaltung ihres Vermögens gänzlich unfähig; über welchen Beschluß dieser Act aufgenommen, und von sämmtlichen Mitgliedern mit Ausschluß der Schreibens unerfahrenen Joachim Christoph Schulze, Hans Heinrich Schulze und Jürgen Wilhelm Müller, nach vorgängiger Genehmigung, eigenhändig unterschrieben worden ist.

Darauf wurde die Interdiction ausgesprochen:

Wir Hieronymus Napoleon von Gottes Gnaden und durch die Constitutionen König von Westphalen, Französische Provinz, fügen hiermit zu wissen:

Das Tribunal erster Instanz zu Celle hat in Sachen des Königl. Procurators hieselbst Klägers wider Catharine Dorothea Reibenstein gebr. Schulze aus Altenhagen, gegenwärtig im Irrenhause vor Celle Beklagtinn, nicht erscheinend, puncto Interdiction folgendes Erkenntniß ertheilt:

Nachdem die Sache in der heutigen Audienz aufgerufen worden, um plaidirt zu werden, trug der Substitut des Klägers, Tribunals-Assessor Rumann darauf an:

> Die Interdiction der Beklagtinn zu erkennen, die abermahlige Convocation eines Familien-Raths behuf Ernennung eines Vor- und Gegen Vormundes zu verfügen und die Beklagtinn in die Kosten dieses Verfahrens zu verurtheilen.

Der That Bestand ist folgender.

Die Beklagtinn Catharine Dorothea Reibenstein gebohrene Schulze aus Altenhagen gerieth eines in der Nacht vom Vier und Zwanzigsten auf den fünf und zwanzigsten October

vorigen Jahrs zu Lüsche Cantons Beedenbostel entstandenen Brandes wegen beym hiesigen Königlichen Criminal Gerichte in Untersuchung, welche jedoch laut Competenz Bescheides vom fünften Januar dieses Jahrs an den Criminalhof des Aller Departements verwiesen wurde. Durch das Erkenntniß des letzteren vom zwey und zwanzigsten März dieses Jahrs ward die Beklagtinn jedoch von aller ferneren Untersuchung freygesprochen und dieselbe wegen ihrer Verrücktheit zur Verhütung ähnlicher Unglücksfälle in das hiesige Irrenhaus abgeführt.

Schon seit mehreren Jahren hatte die Inquisitinn an tiefer Melancholie gelitten, so daß bey einer Verschlimmerung dieses ihres Zustandes deren Ehemann bey der vormaligen Obrigkeit der Commüne Altenhagen schon vor geraumer Zeit Anzeige davon gethan hatte. Bey ihrer Inhaftierung hieselbst überzeugte sich der instruirende Richter laut Registratur vom vierzehnten November Eintausend Achthundert Zehn abermals von der fortdauernden Verstandes Schwäche der Beklagtinn, welches durch das bey den Acten befindliche ärztliche Gutachten des hiesigen Collegii medici bestätigt wurde.

Der Substitut des Königl. Procurators trug daher in Gemäßheit des Vierhundert Ein und Neunzigsten Artikels des Gesetzbuchs Napoléons auf deren Interdiction an, und wurde mittelst Erkenntnisses des Königlichen Tribunals vom sieben und zwanzigsten May dieses Jahrs die Convocation eines Familien-Raths verfügt.

Das hierauf unter dem Vorsitz des Friedens-Richters des Cantons Beedenbostel abgestattete Gutachten des Familien-Raths, welches einstimmig dahin ausfiel, daß die Beklagtinn als wahnsinnig zu betrachten und ihr daher die Verwaltung ihres Vermögens genommen werden müsse; so wie der erste Antrag des Klägers mit dessen Anlagen und der Beklagtinn nunmehr gehörig bekannt gemacht und darauf in Gegenwart des verordneten Commissarii Tribunals Richters Deneke und des Klägers in der Wohnung des Materialienschreibers Drishaus auf dem Zuchthause zur persönlichen Vernehmung der Beklagtinn geschritten.

Aus dieser am dritten September dieses Jahrs statt gehabten Vernehmung und denen von der Beklagtinn abgegebenen unzusammenhängenden und widersprechenden Antworten bestätigte sich die Nothwendigkeit ihrer Interdiction.

Es wurde daher zu folge Präsidial Ordonanz vom neunzehnten September dieses Jahrs auf des Klägers Nachsuchen Audienz Termin zur Entscheidung der Sache auf heute angesetzt und solches der Beklagtinn am neunten October d. J. ordnungsmäßig bekannt gemacht.

Die Rechts Gründe sind:

Daß die Beklagtinn zur Audienz zwar gehörig vorgeladen aber nicht erschienen:

daß daher Inhalts des Einhundert dritten und Einhundert vierten Artikels der Bürgerlichen Proceß-Ordnung ein Erkenntniß wegen Ungehorsams statt findet und den Anträgen des Klägers, wenn dieselben in Rechten begründet und erwiesen erachtet werden, zu fügen:

daß ferner sowohl die in authentischer Form der Klage beygefügten Anlagen, als die im Vernehmungs Protocolle enthaltenen und von dem Kläger in der heutigen Audienz verlesenen Antworten der Beklagtinn zur Genüge deren Verrücktheit bekunden:

daß endlich die Beklagtinn wegen der gefährlichen Tendenz ihrer Ideen und Handlungen einer Rasenden gleich zu achten, mithin die Klage als begründet und erwiesen sich darstellt.;

Folgendes sind die Rechtsfragen.

1. Ist die Interdiction der Beklagtinn zu erkennen?
2. Ist ihrem Ehemanne als ihrem gesetzlichen Vormunde durch den Familien-Rath ein Gegenvormund in Ansehung ihrer Person und ihres Vermögens beyzuordnen?
3. Ist Beklagtinn in die Kosten zu verurtheilen?

Nach Ansicht nun der Präsidial Ordonnanz vom siebzehnten Julius dieses Jahrs, wodurch der Tribunal Richter Deneke mit der Vernehmung der Beklagtinn beauftragt worden,

Nach Ansicht des über diese Vernehmung am dritten September dieses Jahrs aufgenommenen Protocolls und der über die Vorladung der Beklagtinn zur heutigen Audienz von dem Tribunals Huißier Wrede am neunten d. M. ausgestellten Urkunde,

Nach Ansicht der Artikel Vierhundert Neun und Achtzig, Vierhundert Ein und Neunzig, Vierhundert Sechs und Neunzig, Vierhundert Acht und Neunzig, Fünfhundert Eins und Fünfhundert Sechs des Gesetzbuchs Napoléons, so wie der Artikel Achthundert drey und zwanzig, Einhundert drei und Einhundert vier der bürgerlichen Proceß-Ordnung:

In Erwägung, daß die Beklagtinn zu der heutigen Audienz ordnungsmäßig vorgeladen aber nicht erschienen ist; und daher ein Erkenntniß wegen Ungehorsams stattfindet:

In Betracht, daß die von dem Kläger behauptete Melancholie der Beklagtinn durch die mit derselben angestellte Vernehmung, in Vereinigung mit den schon vorhin erwogenen gegen sie beygebrachten Beweisstücken: namentlich dem am vierzehnten November vorigen Jahrs von dem Instructions Richter aufgenommenen Protocolle, dem am siebten December desselben Jahrs von dem Professor Scheller und den Hofmedici Koeler und Schmidt hieselbst ausgestellten ärztlichen Gutachten, dem Erkenntniße des Criminalhofes des Aller Departements vom zwey und zwanzigsten März dieses Jahrs und dem Familien Raths Beschluße vom achten Julius d. J. hinlänglich dargelegt ist, und es daher einer weiteren Zeugen Abhörung nicht bedarf:

In Erwägung daß zwar der Ehemann der Beklagtinn auf deren Interdiction nicht angetragen hat, und daß der Königliche Procurator nur im Falle der Raserey des Beklagten auf dessen Interdiction anzutragen befugt ist, wenn der Ehegatte oder die Verwandten mit einem solchen Antrage nicht hervorgehen:

In Erwägung jedoch daß die Beklagtinn an einer durch höchst gefährliche Ideen und Handlungen bezeichneten Melancholie leidet; solchemnach einer Rasenden vollkommen gleich zu achten und daher der Antrag des Klägers für zuläßig und in den Rechten begründet anzunehmen ist.

Erklärt das Tribunal in erster Instanz die Beklagtinn für interdicirt, verordnet, daß ihrem Ehemanne als ihrem gesetzlichen Vormunde durch den Familien Rath ein Gegen Vormund in Ansehung ihrer Person und ihres Vermögens beygeordnet werde, und verfügt, daß das gegenwärtige Erkenntniß auf Betreiben des Klägers ausgelöset, der Beklagtinn insinuirt und binnen zehn Tagen auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise bekannt gemacht werde. Die Kosten dieses Verfahrens sind von dem gesetzlichen Vormunde der Beklagtinn zu erstatten, welcher solche in Rechnung zu bringen hat.

Schließlich wird der Audienz Huißier Goldbeck mit der Insinuation des gegenwärtigen Erkenntnisses an die Beklagtinn

und an deren Ehemann Anton Reibenstein, Hauswirth zu Altenhagen, beauftragt.

Erkannt zu Célle in der Audienz vom vierzehnten October Eintausend Achthundert Eilf durch den Präsidenten von Werlhof und die Richter von Strombeck und von der Wense.

F. v. Werlhof, Präsident. G. Koeler, Greffier.

Den Geist jener stürmischen Zeit atmet ganz ein Verfahren, das man gegen einen Epileptiker durchführte, der einen französischen Kürassier erschlagen hatte.

Zunächst wurde von der Burgvogtei Celle ein ärztliches Gutachten über seinen Geisteszustand erfordert:

Zur löblichen Burgvogtey hieselbst verordnete Herren Burgvogt und Amtschreiber! Wohlgebohrene, Hochzuverehrende Herren!

Zufolge der von Ew. Ew. Wohlgebohrnen unter dem gestrigen dato an mich ergangenen Aufforderung,

den Gemüthszustand des hier vor dem Hohlenthore wohnenden und jetzt wegen einer von ihm geschehenen Verwundung eines französischen Cürassiers in dem Weißenhause inhaftirten Georg Friedrich Warnecke zu untersuchen und über den Erfund, wo möglich, innerhalb der nächsten vier und zwanzig Stunden ein pflichtmäßiges Gutachten zu erstatten", habe ich mich heute zu zweyenmalen in das Weißehaus begeben, erwähnten Warnecke mir auf der sogenannten Verhörstube vorführen lassen, und mich jedesmal etwan eine halbe Stunde mit ihm unterhalten; das erstemal Morgens zwischen 9 und 10 Uhr in Begleitung des Herrn Amtschreiber Stegemann, das anderemal Nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr in Gesellschaft des Chirurgien Major vom Kaiserlich Französischen 10ten Cürassier-Regiemente Herrn Monnier.

Was ich in jenen Unterredungen über den Gemüthszustand des inhaftirten Warnecke bemerkt und beobachtet habe, ist zwar zu einem erschöpfenden und befriedigenden Urtheil nicht hinreichend. Es giebt keine Classe von Krankheiten, deren Untersuchung größeren Schwierigkeiten unterworfen ist, als die Gemüthskrankheiten; keine, bey denen der Arzt leichter getäuscht werden kann, keine, die öfter verheimlicht, vorgegeben und fälschlich angeschuldigt werden, als diese. Da nicht selten die Verstandesverwirrungen nur periodisch eintreten, und die vernünftigen Zwischenräume (lucida intervalla) oft sehr viel länger währen, als die Anfälle des Wahnsinns; und da von der anderen Seite die Narrheit und der Wahnwitz sich oft nur auf einzelne Gegenstände und gewisse fixe Ideen beschränkt, so kann der Arzt, der Kranke dieser Art vielleicht zufällig nur in ihren vernünftigen Augenblicken sieht, oder in seinen Gesprächen mit ihnen nicht auf die Gegenstände kömmt, in Rücksicht deren ihre Vorstellungen und Handlungen von der Vernunft abweichen, leicht das Uebel verkennen, und da Integrität der Seelenkräfte vermuthen, wo doch nur ein momentanes Aufhören der Zerrüttungen statt findet.

Indem ich mich von diesen Grundsätzen leiten ließ, hielt ich es für gedoppelte Pflicht, nicht bey den Beobachtungen stehen zu bleiben, welche die mir erstattete kurze Frist mir selbst anzustellen erlaubte, sondern vor allen Dingen über die früheren Verhältnisse des Inhaftirten, seinen Gesundheitszustand, seine Lebensweise, sein Benehmen in Reden und Handeln die sorgfältigsten Erkundigungen einzuziehen. Die von dem Herrn Amtschreiber Stegemann mir gütigst communicirten Actenstücke, über den neuerlichen Zwist zwischen erwähntem Warnecke und dem bey seiner Mutter einquartiert gewesenen, von ihm mit einem Beil während jenes Zwists in den Kopf gehauenen französischen Cürassier, und ein von dem Hofmedicus Heine schon vor 3 Jahren über den Gesundheits- und Gemüthszustand des Inhaftirten ausgestelltes Gutachten enthalten die unverwerflichsten Zeugnisse darüber,

1. daß der Inhaftirte Warnecke schon seit länger als zwölf Jahren epileptischen Anfällen unterworfen gewesen, die den würksamsten Curmethoden widerstanden haben und noch jetzt häufig bey ihm eintreten;

2. daß diese Anfälle sich gewöhnlich periodisch mit dem Mondwechsel bey ihm einstellen;

3. daß erwähnter Warnecke jetzt reizbar sey, und durch heftige Affekten, vermeintliche Beleidigungen und Widersprüche leicht heftigere und häufigere Anfälle seiner Epilepsie bekömmt, auf welche dann leicht eine Dummlichkeit oder würkliche Verstandesverwirrung folgt, wie denn auch der Hofmedicus Heine den Inhaftirten Warnecke bereits im Jahr 1805 wegen einer Verstandesverrückung behandelt hat, die durch einen heftigen Aerger und eine ihm widerfahrene üble Behandlung von Seiten einer französischen Schildwache veranlaßt worden.

4. Es ist ferner durch gerichtliche Verhandlungen zu erweisen, daß die eigenen Angehörigen des Inhaftirten schon vor 3 Jahren den Wunsch geäußert haben, erwähnter Warnecke möge, weil er unvernünftige Reden geführt habe, auf erfolgtes Zureden wüthend geworden sey, und sowohl seinen Bruder als andre Leute geschlagen, gestoßen und gekratzt habe, in das Irrenhaus gebracht werden; ein Wunsch der nur darum nicht erfüllt worden, weil von dem Hofmedicus Heine Hoffnung zur Besserung gegeben und von den Angehörigen des Kranken gute Wartung und Pflege desselben versprochen worden. Bey solchen authentischen und würklich unverwerflichen Zeugnissen von dem Gesundheits- und Gemüthszustande des Inhaftirten Warnecke bedarf es kaum erwähnt zu werden, daß ein großer Theil des hiesigen Publicums erwähnten Warnecke als einen Menschen, der nicht immer seines Verstandes mächtig sey, kennt, und daß mir noch heute von mehreren glaubwürdigen Männern manche Thatsachen erzählt sind, die ebenfalls zum Erweise jener Behauptungen dienen.

Auch meine eigenen Beobachtungen (wiewohl sie wegen Kürze der Zeit allein nicht hinreichen würden, ein Urtheil über den Gemüthszustand des Inhaftirten zu begründen) scheinen es mir zu bestätigen, daß erwähnter Warnecke zu den wenigstens periodisch gemüthskranken Personen zu zählen sey. Sein äußeres Ansehen verräth zwar bei dem ersten Anblick keine Krankheit. Er ist ein wohlgebildeter, großer ansehnlicher Mensch von blühender Farbe, und gutem Gebiß, sehr muskulös und proportionirt. Indessen ist es allgemein bekannt, daß rothe Wangen und ein wohlgegenährter Körper nicht immer Begleiter der Gesundheit sind, da Personen, die an den Nerven leiden, oft blühend aussehen, so lange nur ihre Verdauung nicht bedeutend gestört wird. Als ich den Inhaftirten befragte, wie es ihm ergehe, antwortete er mit vollem Lachen: „Sehr traurig" und daß diese Antwort sein völliger Ernst war, erhellte aus seiner Interpretation, da er theils seine Nahrung im Gefängnisse als Gründe seiner Traurigkeit aufstellte. Diese gleichzeitige Mischung von

Lachen und traurigen Vorstellungen dürfte wohl nicht leicht bey einem völlig vernünftigen Menschen beobachtet werden.

Ich ließ mir von ihm den Vorfall erzählen, der zur Verwundung des französischen Cürassiers Anlaß gegeben. Er erzählte ziemlich zusammenhängend und überging keine der Aussagen, die er im Verhör gethan, aber er wiederholte sich sehr oft kurz hintereinander und schien mir auch dadurch eine gewisse Schwäche der Denkkraft zu verrathen. Zuweilen kam er dabey in Eifer, wobei ich deutlich bemerkte, daß sein Unterkiefer krampfhaft zitterte.

Als ich ihn fragte, ob er gern und viel Branntwein trinke und ihn gut vertragen könnte, erwiderte er nein! Sobald er für mehr als einen Groschen Brantwein trinke, leide ihm der Kopf. Auch diese Aussage (die ich um so weniger bezweifle, da der Inhaftirte hiebei kein Interesse haben konnte, die Unwahrheit zu sagen und da der Wächter es bestätigte, daß der Gefangene wenig Brantwein zu sich nehme) möchte ich als einen Beweiß ansehen, daß das Gehirn des Kranken leicht Erschütterungen unterworfen sey und keine Congestionen vertrage.

Beyläufig erzählte er auch ganz offenherzig, daß er zuweilen Holz aus den herrschaftlichen Forsten gestohlen habe. Sollte nicht auch diese Aeußerung, die er unaufgefordert und unbefragt in Gegenwart eines Beamten, der ihn noch am Tage zuvor verhört hatte, that, vermuthen lassen, daß der Inhaftirte Warnecke leicht eines unvernünftigen Benehmens fähig sey?

Aus allen diesen Untersuchungen scheinen mir denn folgende Resultate hervorzugehen:

1. Der Inhaftirte Warnecke ist trotz seiner Jugend, seiner Muskelkraft und seines blühenden Ansehens doch schon seit mindestens 12 Jahren in einem sehr zerrütteten Gesundheitszustande.

2. Seine epileptischen Anfälle, deren Ursachen zu ergründen und deren Wiederkehr zu verhüten seinen bisherigen Aerzten unmöglich gewesen ist, haben vermuthlich ihren Grund im Gehirne selbst. Und wiewohl ich nicht bestimmt behaupten möchte, daß ein eigentliches Localübel im Kopfe vorhanden sey, so läßt sich doch ebensowenig läugnen, daß alles, was Congestionen nach dem Hirn macht, Erhitzung, Zank, Aerger, seine Anfälle erregt und verstärkt, als es sich verkennen läßt, daß grade durch diese öfteren Anfälle die Functionen des Gehirns die Denkkraft und alle Seelenvermögen sehr leiden und in Unordnung kommen müssen.

3. Da er schon seit 12 Jahren epileptisch ist, und also die edelsten und empfindlichsten Theile des Körpers bey ihm schon oft die heftigsten Erschütterungen haben erleiden müssen, ohne, daß es bisher gelungen wäre, ihn von seinem Uebel zu heilen, so ist es nicht wahrscheinlich, daß er je diese Krankheit und die damit verbundene Schwäche und Reizbarkeit des Gehirns verlieren wird.

4. Als er vor wenigen Tagen den französischen Cürassier mit einem Beile gehauen, ist er wahrscheinlich in einem Zustande momentaner Wuth und also nicht eigentlich imputationsfähig gewesen. Schon der Zorn allein, zu dem er denn doch wohl eine nicht ganz ungerechte Veranlassung gehabt, da er seine Mutter mißhandeln sehen und späterhin selbst zur Thür hinausgeworfen worden, kann übrigens ganz vernünftige Menschen zu tollen Handlungen verleiten; und wenn gleich der Zustand des Zorns nie eine hinreichende Entschuldigung abgeben kann, so vereinigen sich doch in diesem Falle mehrere Umstände, um den heftigen Ausbruch seiner Wuth in ein minder nachtheiliges Licht zu stellen. Ich rechne dahin

A. die krankhafte Schwäche und Reizbarkeit seines Gehirns und die ihm schon zur Gewohnheit gewordene öftere Begehung toller unbesonnener, unvernünftiger Handlungen.

B. die große Hitze, die wir in unsrer Gegend während der letzten vier Wochen gehabt haben, von der die Erfahrung zeigt, daß sie der Entwickelung der Gemüthskrankheiten und der Wiedererzeugung der Wuth- und Narrheitsparoxismen besonders günstig ist.

C. die anstrengende Arbeit, die der Inhaftirte kurz vor der Mittagsmahlzeit, während welcher er den Zwist gehabt, vorgenommen; indem er laut seiner Aussage in der Hitze auf dem Felde beschäftigt gewesen. Endlich

D. der Umstand, daß dieser Zwist und Aerger während der Mahlzeit entstanden ist. Es ist bekannt, daß zu keiner Zeit unangenehme Gemüthsbewegungen nachtheiliger sind als bey vollem Magen, so wie dagegen Brech- und Abführungsmittel die besten Arzneyen sind, um die Würkungen jener Leidenschaften zu mindern. Nicht selten entstehen durch einen heftigen Aerger bey und nach der Mahlzeit, so wie durch das Trinken hitziger Getränke auf einen Aerger auf der Stelle die heftigsten Rasereyen, Schlagflüsse, Krämpfe, Gelbsucht und dergleichen mehr. Es ist mir daher nicht auffallend, daß ein Mensch, dessen Gehirn krampfhaften Erschütterungen unterworfen ist, wenn heiße Jahreszeit, anstrengende körperliche Arbeiten und ein überdem noch anfangs verbissener Aerger bei der Mahlzeit sich vereinigen, die Galle in Bewegung zu setzen, und Congestionen nach dem Gehirn zu erregen, sich plötzlich zu tollen und unbesonnenen Handlungen hinreißen läßt. Ich schließe hiemit mein pflichtmäßiges Gutachten und verbleibe mit vollkommenster Hochachtung

Ew. Ew. Wohlgebohrnen gehorsamster Diener

Friedrich Ludwig Andreas Koeler
Dr. der Medicin und Stadtphysicus.

Das ärztliche Gutachten genügte übrigens nicht, um die Zweifel an seiner geistigen Krankheit als durchschlagend erscheinen zu lassen. Er wurde noch einem sehr ausführlichen Responsorium von seiten des Gerichtes unterzogen und eine Menge von Zeugen über sein Vorleben und seine geistige Entwickelung vernommen.

Schließlich aber kam man doch zu dem Ergebnis, daß eine Geisteskrankheit vorliege, und so wurde er dem Irrenhause in Celle überwiesen:

Die Vorsteher des Irrenhauses erhalten dazu die nöthige Anweisung und werden es sich angelegen seyn lassen, dafür zu sorgen, daß dieser unglückliche Mensch nicht durch die übrigen Inhaftirten gereitzt und dadurch nicht noch mehr seyn Übel vergrößert werde, auch daß er, falls es möglich ist, etwas in das Register verdiene. Wenn auch gleich sehr zu wünschen ist, daß er durch die Hülfe des Zuchthaus Arztes wenigstens in so weit wieder hergestellt werde, daß seine Entlassung unbedenklich werde, so ist ihm doch das Ausgehen nicht eher, als bis der Zeitpunkt eintritt und auch sodann nur erst zur Probe zu gestatten, dagegen aber wird es sehr nützlich seyn, wenn er auf den Zuchthöfen zweckmäßig beschäftigt werden kann. Justiz-Depart:

Celle, den 20. Aug. 1808. v. d. Wense.

Daß man Warnecke in der Irrenanstalt unterbrachte, wurde von der Heimat des Kranken mit Mißtrauen und Widerspruch aufgenommen. Man hegte den Verdacht, daß man Warnecke nur bei Seite gebracht habe, um den französischen Gewalthabern zu Willen zu sein, und daß sein Aufenthalt in der Irrenanstalt nicht lediglich durch die Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand bedingt werde. Schon bald setzte eine lebhafte Bewegung ein, die seine Entlassung verlangte. Der widersprach der Zuchthausarzt zunächst sehr energisch:

Der Gemüthszustand des Wahnsinnes halber im hiesigen Irrenhause befindlichen Georg Friedrich Warnecke ist, so viel ich während seines Aufenthaltes in diesem Hause deutlich bemerkt habe, noch immer höchst unglücklich und gefährlich zu nennen. Vernünftige Zwischenräume wechseln mit völlig unvernünftigen, zu unbestimmten Zeiten, bey ihm ab; und letztere treten oft so unverhofft, in einem so heftigen der Manie ähnlichen Grade, bey ihm ein, daß ich, um das Leben und die Gesundheit der mit ihm auf derselben Stube befindlichen Personen zu schützen, ihn nicht selten habe binden, ja in eine Coje des Tollganges, auf einige Tage habe setzen lassen müssen.

Obgleich nun erwähntem Warnecke die zweckmäßigsten Arzeneymittel dagegen gereicht worden, so leidet jedoch derselbe, noch jetzt in diesen Tagen wieder an einem solchen Anfalle wüthender Gemüths-Unruhe. Ich halte es demnach für äußerst gefährlich, benannten Warnecke schon jetzt aus dem Irrenhause zu entlassen, indem es, ihn zu zähmen, einer aufmerksamen strengen Behandelung bedarf, und er, bey ähnlichen heftigen Geistes-Unruhen, den Drohungen seiner alten Mutter gewiß keine Folge leisten würde.

Zelle den 19. December 1808.

Die Nachbarn und Freunde des Kranken ließen aber nicht locker und machten schon nach kurzem folgende Eingabe:

Wir, die Endesunterzeichneten, als Nachbarn und alte Bekannte der verwittweten Ehefrau des hiesigen Ackersmanns Warnecke bezeugen hiermit auf Verlangen der Wittwe Warnecke, wie deren, jetzt im Irrenhause sich befindender an epileptischen Zufällen schon über 5 Jahre lang leidender Sohn Johann Friedrich Warnecke nach unserm besten Wissen niemals jemanden thätlich beleidigt habe, und daß das Vorgehen gegen einen französischen Soldaten, weswegen er jetzt von der Mutter getrennt lebt, nach eingezogener Erkundigung nur eine natürliche Folge einer Anreizung und des hinzukommenden Nationalhasses seyn dürfte — erfuhren zugleich, wie sehr es der Mutter zu Hülfe und zur Ersparniß bey ihrem Alter und häuslichen Geschäften, dem Sohne zur Erleichterung seiner Krankheit und mit zum größten Vergnügen gereichen wird, den an Thätigkeit und Arbeit gewöhneten Warnecke in Freyheit gesetzt zu sehn mit Versprechen endlich, wie wir im Falle der Entlassung aus dem hiesigen Irrenhause nicht nur mit Beystand der sorgsamen Mutter stets ein achtsames Auge auf die Handlungen des benannten Warnecke haben, sondern vorzüglich auch dahin sehen wollen, daß, falls wider alle Wahrscheinlichkeit derselbe sich Thätlichkeiten gegen die ihn Umgebenden, deren Kreis ohnehin bey der von der Stadt so entfernt liegenden Wohnung äußerst gering ist, zu schulden kommen lassen sollte, wir selbst, zu eigener Sicherheit es uns angelegen seyn lassen werden, die obrigkeitliche Hülfe anzurufen.

Als der Zuchthausarzt sich nun erweichen ließ, wurde die Entlassung Warneckes verfügt:

Da der Zuchthausarzt darauf angetragen hat, daß der Georg Friedrich Warnecke unter gehöriger Vorsicht zum Versuch entlassen werde und die Vorsteher einen solchen Versuch für rathsam, die längere Detinierung desselben aber für nachtheilig erklären, so will man zwar der nach dem Zeugniß des Arztes dabey nicht gänzlich entfernten Bedenklichkeiten ungeachtet, einen solchen Versuch, jedoch nur erst alsdann gestatten, wenn über das Versprechen der Mutter und der vier Nachbaren, wodurch sie sich wörtlich verpflichten, „auf den gedachten Warnecke dergestalt zu achten, daß durch ihn kein Nachtheil entstehe, und wodurch sie bey eigener Verantwortlichkeit sich anheischig machen, sobald er sich irgend einige Thätlichkeiten gegen jemanden erlauben oder auch nur damit drohen sollte, solches sofort der Burgvogtey anzuzeigen,"
den Vorstehern ein Protocoll der Burgvogtey in forma probante zugegangen seyn wird. Es ist dieses Protocoll demnächst bey der Anzeige der Entlassung des Warnecke einzufordern und werden die Vorsteher hierdurch angewiesen, ihn zu jeder Zeit, wenn er von der Burgvogtey zurückgeliefert wird, wieder aufzunehmen.

Im letzten Jahre ihrer Herrschaft in Deutschland noch beschloß die französische Regierung eine Reform des Irrenwesens von Grund auf. Um eine brauchbare Grundlage für ihre Bestrebungen zu schaffen, veranstaltete man zunächst eine allgemeine Irrenzählung.

Am 22. Oktober 1812 verlangte der Minister des Inneren möglichst genaue Angaben über die Geisteskranken, Blinden und Taubstummen, sowie über die Ursachen dieser Krankheiten. Alle Vierteljahre mußte ein Bericht von allen Unterpräfecten erstattet werden, der in einer großen Tabelle zusammengestellt wurde. Diese Zusammenstellung zeichnet sich durch eine außerordentlich große Genauigkeit aus und muß als eine der ersten brauchbaren Statistiken im Irrenwesen angesehen werden. Sie forschte auch nach den gewöhnlichen Ursachen der Verstandeslosigkeit, sie stellte fest, welcher Art der Geisteszerrüttung die vorherrschende sei und welches das Verhältnis der Wahnsinnigen, der Rasenden und der Blödsinnigen unter einander sei; welches Alter vor anderen der Geisteszerrüttung unterworfen sei; ob die Geisteszerrüttung in einem Kanton häufiger sei als im anderen; und welchen Lokalumständen die Ursache daran zugeschrieben werden müßte.

Viel Scharfsinn, vieler Fleiß wurde in der Beantwortung dieser Fragen erschöpft, und wie der Papierismus jetzt in der Psychiatrie seine Opfer fordert, so wurde ihm auch damals ein recht erklecklicher Zoll gezahlt.

Nur das Collegium medicum in Minden drückte sich um die Beantwortung dieser Fragen herum.

Jede der vorgelegten Fragen könne als Preisfrage betrachtet werden. Die Beantwortung derartiger Gegenstände eignet sich nicht sowohl für einen blos praktischen sondern vorzüglich für den einem Institute der Art vorgesetzten Arzt, der vermögend sei, seine Beobachtungen aus einer Quelle mit reicheren Erfahrungen zu schöpfen.

Die Befreiungskriege befreiten das Collegium von der Beantwortung der kitzligen Fragen. Sie hinderten zugleich die französische Regierung, das Fazit aus den Untersuchungen zu ziehen. Die geplante radikale Neuordnung des Irrenwesens kam nicht zustande.

Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher.

Von Dr. *F. Schaefer* (Lengerich), Anstaltsdirektor, Geh. Sanitätsrat.

Die Frage, wo und auf wessen Kosten die geisteskranken Verbrecher untergebracht werden sollen, hat infolge der Zunahme der Zahl der aus den Strafanstalten in die Irrenanstalten überführten Geisteskranken und ihrer häufigen Entweichung aus den letzteren zur Zeit einen dringlichen Charakter angenommen.

Zur Lösung der Frage haben die Irrenärzte von Anfang an meist die Richtung genommen, zu fordern, daß die gemeingefährlichen, mehrfach bestraften Geisteskranken den gewöhnlichen Irrenanstalten ferngehalten werden sollten. In Preußen, wo die Irrenfürsorge Sache der Provinzen ist, ähnlich wie in Österreich diejenige der Kronländer, sollte der Staat die geisteskranken Verbrecher behalten und selbst versorgen.

Es ist nicht meine Absicht, die Angelegenheit nach allen Richtungen zu erörtern; das ist ja im Laufe der Jahre reichlich geschehen. Ich möchte mir nur erlauben, im besonderen Hinblick auf preußische Verhältnisse, kurz darzutun, daß man Gründe haben kann, die Sache anders anzusehen, als es fast allgemein auf der Seite der Irrenärzte und der Provinzialverwaltungen geschieht, und wie ich selbst es früher auch getan habe.

Zunächst habe ich mir den Gedanken abgewöhnt, daß die Bescholtenheit der geisteskranken Verbrecher ein Grund sei, sie aus dem Bereich unserer Anstalten fern zu halten. Die festen Häuser, die bei mehreren Provinzialanstalten errichtet worden sind (Berlin, Düren, Eickelborn u. a.), haben den Beweis erbracht, daß es möglich ist, jene Personen zu verpflegen, ohne daß die übrigen Kranken dadurch erheblich berührt werden. Weder in ihrem Selbstgefühl leiden bei dieser Einrichtung die unbescholtenen Kranken, da ja für die bescholtenen das besondre feste Haus vorhanden ist, noch wird die freie Behandlungsweise in den übrigen Abteilungen erschwert; im Gegenteil, da man gelegentlich auch einen „unbescholtenen“, das heißt nicht bestraften, in Wirklichkeit moralisch oft nicht höher stehenden, sehr schwierigen Kranken im festen Haus unschädlich machen kann, wird die freie Behandlung in den übrigen Abteilungen durch das feste Haus eher erleichtert.

Im Grunde ist der fragliche Einfluß der Anwesenheit geisteskranker Verbrecher auf die freie Behandlung der übrigen Kranken gar nicht stichhaltig zu verwerten. Die freie Behandlung ist nicht an sich der Zweck der Irrenfürsorge, sondern sie ist nur ein relativ zu verwirklichendes Ziel bei derselben. Der Zweck der Irrenfürsorge ist von jeher ein doppelter gewesen: sichere Aufbewahrung und Heilung. Die sichere Aufbewahrung steht praktisch sogar an erster Stelle und kann so wichtig sein, daß alle anderen Rücksichten vor ihr zurücktreten müssen. Es ist daher eine ganz ursprüngliche Aufgabe der Provinzen, grade auch die gemeingefährlichen Kranken sicher zu verwahren.

Für den Verbleib jener bestraften Elemente im Bereich unserer Irrenanstalten spricht aber ein Umstand, der bisher kaum zur Geltung gebracht worden ist, trotzdem er m. E. große Bedeutung hat, das ist die Einheitlichkeit der Irrenpflege. Die Behörde, welche die Geisteskranken nun einmal hat, sollte sie auch alle einheitlich in der Hand behalten. Nicht nur das Verfahren der Unterbringung und Versorgung wird dadurch einfacher. Man vermeidet die große Schwierigkeit der Unterscheidung, welcher Kranker denn nun jedesmal bestraft genug oder nicht ist, um der einen Behörde zuzufallen oder der anderen. In wissenschaftlicher Beziehung gehören beide Arten natürlich ebenso zusammen. Die Kenntnis der verschiedenartigen Zustände geistiger Störung wird durch die Trennung beeinträchtigt. Auf der einen Seite die Haftpsychosen und degenerativen Zustände, die eine einseitige Psychiatrie in der Verbrecheranstalt mit sich bringen würden; auf der anderen Seite wäre es ein Verlust für die große übrige Psychiatrie, jene Formen abgeben zu müssen. Die Psychiatrie

und Irrenfürsorge verlieren, wenn sie in zwei Teile zerlegt werden. Dazu kommt, daß, worauf schon öfter hingewiesen worden ist, eine lediglich von schweren verbrecherischen Geisteskranken erfüllte Anstalt praktisch eine kaum mögliche Einrichtung ist, während eine Abteilung für solche Kranke durch ihre Verbindung mit einer größeren gewöhnlichen Anstalt sehr viel von ihrem Schrecken und ihrer Schwierigkeit verliert.

Die Staatsregierung hat eine starke Position gegen die Trennung in dem Gesetz vom 11. Juli 1891, nach welchem, alter Tradition gemäß, den Provinzen die Aufgabe der Irrenfürsorge nun einmal übertragen ist. Sie hat dann ihrerseits die psychiatrischen Abteilungen bei einigen Strafanstalten eingerichtet. Dazu kommt, daß die gegenwärtige Lage der Dinge auch nicht geeignet ist, um die Staatsregierung zu einer grundsätzlichen Änderung zu drängen. Wir müssen von der Einführung eines neuen Strafgesetzbuches einen großen Einfluß auf die Verteilung der fraglichen Kranken erwarten. Ein großer Teil der Strafgefangenen, welcher auf den Strafvollzug mit einer Haftpsychose reagiert, gehört zu den von vornherein vermindert Zurechnungsfähigen. Wenn nun, wie sicher anzunehmen ist, Bestimmungen über den veränderten Strafvollzug an vermindert Zurechnungsfähigen kommen, so werden weniger Häftlinge geisteskrank werden. Und nicht allein, daß diese Minderwertigen von vornherein durch eine besser angepaßte Behandlung vor geistiger Erkrankung werden bewahrt werden; es dürfte auch kaum etwas im Wege stehen, vollbestrafte Häftlinge, die sich als intolerant gegen den gewöhnlichen Strafvollzug erweisen, aus demselben zeitweilig in die neu zu errichtenden Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige zu versetzen. Auf diese Weise wird der Staat von selber dazu gelangen, sich auf diesem Gebiete mehr zu betätigen als bisher. Bis dahin befinden wir uns in einer Übergangszeit, über welche man sich durch gegenseitiges Benehmen hinweg helfen sollte.

Die Staatsregierung hat früher den Fehler begangen, die Angelegenheit zu sehr vom finanziellen Standpunkte aus zu behandeln. Früher bezahlte sie die Kosten für die geisteskranken Gefangenen in den Provinzialanstalten so lange, bis dieselben durch ein regelmäßiges Entmündigungsverfahren oder durch ein Gutachten des Irrenanstaltsdirektors für unheilbar erklärt waren (Erlaß vom 26. 10. 1858). Das dauerte ihr, wie aus dem Erlaß vom 3. 8. 1880 deutlich hervorgeht, mit Rücksicht auf die Pflegekosten zu lange. Sie verfügte die möglichst baldige Entlassung der als geisteskrank erkannten Sträflinge „unter Vorbehalt der Wiedereinziehung im Falle der Genesung", und nun sollten die Provinzialverwaltungen für die Pflegekosten allein aufkommen. Das war rechtlich höchst anfechtbar. Nebenbei waren die Gefangenen geschädigt, indem trotz jenes Vorbehaltes die Zeit ihrer Strafhaft während ihres Aufenthaltes in der Irrenanstalt stille stehen mußte, eine Folge, die bekanntlich von sehr übler Wirkung auf die betreffenden Kranken geworden ist. Der Staat hat die Verpflichtung, hier helfend einzutreten. Er sollte die geisteskranken Verbrecher nicht so ohne weiteres von sich abwälzen. Er sollte solange ihre Unterhaltung bezahlen, als sie ihm angehören, d. h. so lange ihre Strafzeit läuft. Damit diese Zeit nicht endlos dauert, müßte bestimmt werden, daß durch den Aufenthalt in einer Irrenanstalt der Lauf der Strafzeit nicht unterbrochen wird. Der gegenwärtige gegenteilige Standpunkt ist eine übertriebene Prinzipienstrenge. Er fügt zu dem Unglück der geistigen Erkrankung, welches der Sträfling meist dem Strafvollzug selbst verdankt, noch eine Verschärfung der Strafe hinzu, da er dieselbe nun während der Behandlung in der Irrenanstalt nicht soll abmachen können.

Alsdann aber helfe der Staat den Provinzen durch besondre Beihülfen zur Errichtung und Erhaltung der Bewahrungshäuser. Dann können die Provinzen zufrieden sein und die bestraften Geisteskranken behalten. Sie bleiben dann Herrinnen im Hause der Irrenfürsorge und brauchen sich nicht mit dem Staate in eine Aufgabe zu teilen, deren Teilung sehr schwierig und der Sache nicht förderlich sein würde. Die Beihülfe des Staates denke ich mir nicht als eine einmalige Dotation, sondern vorläufig als eine solche von Fall zu Fall für jedes neu zu errichtende Bewahrhaus. Wenn dann für die Zeit bis zum Erscheinen des neuen Strafgesetzbuches die Gefängnisse einige Zurückhaltung mit der Abgabe ihrer Geisteskranken üben, wird die nötige Zeit für die endgültige Regelung gewonnen werden.

25jähriges Direktor-Jubiläum von Herrn Geheimer Sanitätsrat Direktor Dr. Kayser, Dziekanka bei Gnesen, Posen.

Am 11. März d. Js. vollendeten sich 25 Jahre, seitdem Herr Geheimer Sanitätsrat Dr. Kayser als Anstaltsdirektor im Dienste der Provinz Posen ist.

Von 1888 an war er Direktor der Anstalt Owinsk. Seit 1894 leitet er die nach seinen Angaben neuerbaute Anstalt Dziekanka bei Gnesen.

Glänzend und vorbildlich hat sich dank der großzügigen Opferwilligkeit der Provinz unter seiner sachverständigen Mitarbeit die Entwickelung der Irrenfürsorge in der Provinz Posen gestaltet.

Insbesondere ist Dziekanka, im Laufe der Jahre allen weiteren Fortschritten des Irrenwesens Rechnung tragend, wiederholt von maßgebender Seite als Musteranstalt anerkannt worden.

Auch bei den Vorarbeiten und den Plänen für den Neubau der neuesten Anstalt der Provinz, Obrawalde bei Meseritz, welche ebenfalls zu einer auf der Höhe der Neuzeit stehenden Anstalt sich gestaltet hat, durfte er der Behörde beratend zur Seite stehen.

Dziekanka ist für eine große Zahl von Ärzten die Schule geworden, in welcher sie ihre psychiatrische Ausbildung erwarben oder vervollkommneten.

Eine Reihe beachtenswerter, wissenschaftlicher Arbeiten ist aus der Anstalt teils von ihm selbst, teils von seinen Ärzten verfaßt, hervorgegangen.

Als psychiatrischer Sachverständiger allgemein geschätzt wurde er auch seitens der Königlichen Regierung als Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz berufen.

Seinen Kranken ein fürsorglicher Arzt, seinen Ärzten, Beamten, dem Pflegepersonal, den Angestellten der Anstalt ein stets wohlwollender, gerechter Vorgesetzter und ein leuchtendes Beispiel strenger und uneigennütziger Pflichterfüllung, war es allen eine Freude, den Tag der 25 ten Wiederkehr seines Dienstantrittes als Direktor mit ihm festlich begehen zu dürfen.

In einem Festakte in Gegenwart der Ärzte, früherer Ärzte, der Beamten, des Oberpflege- und Stationspflegepersonals, der Vertreter der Angestellten und der Herren Geistlichen der Anstalt überreichte Herr Geheimer Regierungs- und Landesrat Noetel in Vertretung des Herrn Landeshauptmanns der Provinz ein prachtvolles Blumenarrangement und ein Glückwunschschreiben des Provinzialausschusses der Provinz Posen, in welchem dem Jubilar für seine erfolgreiche und verdienstvolle Amtsführung gedankt wird.

Herr Sanitätsrat Direktor Dr. Dluhosch-Obrawalde bei Meseritz überbrachte die Glückwünsche des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie und überreichte eine kunstvoll ausgestattete Adresse der Direktoren der Provinzial-Irrenanstalten der Provinzen Ost- und Westpreußen, Pommern und Posen.

Die Glückwünsche und den Dank der Anstalt sprach Oberarzt Dr. Wickel aus unter Überreichung von Ehrengaben, an welchen sich auch die früheren Ärzte beteiligt hatten.

Vom Herrn Oberpräsidenten, dem Vorsitzenden der Ärztekammer, von den Anstalten, in denen der Jubilar früher tätig war, und vielen Kollegen, Freunden und Bekannten waren Glückwunschtelegramme eingegangen.

Dem Festakte folgte ein von der Provinz gegebenes Festessen im Festsaale der Anstalt.

Abends hatte ein Anstaltsfest statt, bei welchem eine Reihe von Kranken und ein Vertreter des Pflegepersonals dem Jubilar durch Gedichte und Ansprachen ihren Dank und ihre Verehrung zum Ausdruck brachten.

Möge es dem Jubilar vergönnt sein, noch lange Jahre zum Segen seiner Kranken, zum Nutzen der Provinz und zum Wohle seiner Ärzte, Beamten und Angestellten wirken zu können. W.

Mitteilungen.

— **Konferenz der Direktoren der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalten.** Die mit dem Inkrafttreten des Irrenfürsorgegesetzes am 1. Oktober d. J. verbundene Neuordnung des Anstaltswesens ist in einer Direktorenkonferenz der königlichen Heil- und Pflegeanstalten eingehend beraten worden, die am 8. März im Ministerium des Innern in Dresden unter Vorsitz des Ministerialdirektors Geheimrat Heink tagte. Zum ersten Male erschienen war der Direktor der bis vor kurzem städtischen Anstalt Leipzig-Dösen, Geheimer Medizinalrat Dr. Lehmann. Der Vorsitzende begrüßte ihn mit herzlichen Worten und gab der Freude Ausdruck, daß es gelungen sei, seine bewährte Kraft dem Staatsdienste wiederzugewinnen. Von Interesse für die Allgemeinheit ist vor allem der Beschluß,

durch eine wesentliche Vereinfachung der Aufnahmebedingungen die beschleunigte Zuführung der Kranken zu ermöglichen. Auch die Aussicht, daß die durch umfangreiche Erweiterungsbauten zu schaffenden räumlichen Verhältnisse die Unterbringung von epileptischen Erwachsenen und geisteskranken Kindern erleichtern werden, ist dankbar zu begrüßen.

— **Attentat auf Dr. Cimbal in Altona.** Ein Mordanschlag ist gegen den Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Dr. Walter Cimbal verübt worden. Der Täter ist ein erst im Januar aus der Irrenanstalt Friedrichsberg zu Hamburg als geheilt entlassener Zimmermann Wilhelm Gerdes aus Hamburg, dessen Frau in der Altonaer Anstalt zur Beobachtung ihres Geisteszustandes weilt. Der Täter kam regelmäßig an den Besuchstagen, um seine Frau zu besuchen, so auch am 12. März. Nach Beendigung des Besuches stürzte plötzlich Gerdes in das Zimmer des Arztes Dr. Cimbal, zog einen Revolver aus der Tasche und gab einen Schuß auf den Arzt ab. Geistesgegenwärtig bückte sich Dr. Cimbal, so daß ihm die Kugel durch das Haar flog, ihn selbst aber nicht verletzte und in den Türpfosten schlug. Das auf den Schuß herbeigeeilte Personal des Krankenhauses nahm den Täter fest und entwaffnete ihn trotz heftiger Gegenwehr. Er wurde in sicheren Gewahrsam geführt. Es ist zweifellos, daß bei ihm der Irrsinn plötzlich wieder ausgebrochen war.

— **Auszeichnung der Psychiatrischen Klinik in Giessen.** Auf der Internationalen Ausstellung für Sozialhygiene in Rom erhielt die Gießener Klinik für psychisch-nervöse Krankheiten den Großen Preis und der Direktor der Klinik, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sommer, das Ehrenkreuz, die höchste auf der Ausstellung verliehene Auszeichnung.

Referate.

— Flatau, Dr. Georg, Nervenarzt, Berlin: Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Verlag Bruno Konegen, Leipzig 1912.

Verfasser bespricht darin die Unfallsneurosen und die organisch-nervösen Unfallsfolgen. Er geht erst allgemein auf den Unfall an sich, die Arten der Unfälle und die gesetzlichen Bestimmungen über die dadurch hervorgerufenen Verletzungen ein und gibt dann einen Überblick über die verschiedenen Unfallsneurosen, die dabei auftretenden Schmerzen, die Störungen der Motilität, Sensibilität der Sinnesorgane, des Herzens, der Reflexe und über etwaige Ohnmachts-, Krampfzustände und psychischen Störungen. Zuletzt schließt er noch einige Ausführungen über Simulation, Diagnose, Prognose und Therapie an. Auf Grund seiner reichen Erfahrung bringt er eine Fülle von Einzelheiten und behandelt vor allem das wichtige Gebiet der Übertreibung bezw. Simulation für die verschiedenen Erscheinungen in ausgiebigster Weise. Das Buch ist für den praktischen Arzt berechnet und erstrebt daher auch vorwiegend eine Abschätzung und Beurteilung der einzelnen Neurosen und ihrer Symptome vom Standpunkt des Begutachters aus. Lange-Waldheim.

— Löwy, Dr. med. Max, Nervenarzt, Marienbad: Zur Kasuistik der Brunnenkrise (des Brunnendusels, des Brunnen- und Baderausches). Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene 1911—12.

Verfasser schildert an der Hand von drei Fällen die psychischen, nervösen und zirkulatorischen Störungen des Brunnen- bezw. Baderausches; er faßt die Erscheinungen als „kongestive Unruhebilder" auf und sieht die Ursachen dazu nicht nur in der Aufnahme der Kohlensäure, sondern seiner persönlichen Ansicht nach auch in der „Dyshumanie", den Störungen der inneren Sekretion bei entsprechender Disposition oder infolge unsachgemäßer Kur. Lange-Waldheim.

— Pelmann, Dr. Carl: Erinnerungen eines alten Irrenarztes. Verlag Friedrich Cohen, Bonn 1912.

An der Hand seines Lebensbuches und der Verhältnisse und Einrichtungen jener Anstalten, an denen er tätig war oder die er leitete, plaudert Pelmann in sehr anregender Weise über die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren und weiß dabei vielerlei, nicht nur in ärztlichen und wissenschaftlichen Fragen, sondern auch in Verwaltungsangelegenheiten zu erzählen und sehr beachtenswerte Vergleiche auf Grund seiner Erfahrungen und Erlebnisse zwischen früher und jetzt zu ziehen. Das flott und unterhaltend geschriebene Werkchen dürfte auch bei Nichtpsychiatern Interesse erwecken.

Lange-Waldheim.

— Marbe, K.: Die Bedeutung der Psychologie für die übrigen Wissenschaften und die Praxis. Fortschritte der Psychologie und ihrer Anwendungen I. Bd. 1. H. 1912.

Marbe gibt im ersten Aufsatz einer von ihm neu gegründeten Zeitschrift eine Übersicht über die vielfachen Beziehungen der Ps. zur Naturwissenschaft, Medizin, Sprachwissenschaft, Geschichte, Pädagogik, Jurisprudenz und Philosophie. Ich vermisse hierbei die Erörterung ihrer Beziehungen zur Religion, die doch unleugbar vielfach bestehen. Die Psychiatrie wird unter der Medizin abgehandelt. Die einschlägigen dem Psychiater bekannten Arbeiten finden Berücksichtigung, doch dürfte es kaum gelungen sein, wie Vf. zu meinen scheint, eine Erschöpfungspsychose experimentell, wenn auch nur in ihren Anfängen hervorgerufen zu haben. — Wenn Vf in seiner Einführung betont, daß bisher nur das Experiment und die Statistik in der Psychologie fruchtbare Theorien zutage gefördert und daß diese „zunächst und vielleicht immer" in den Fortschritten Berücksichtigung finden, so engt er m. E. damit sein Gebiet unnötig ein und berücksichtigt nicht genügend, daß auch ohne diese Hilfsmittel rein theoretisch beachtenswerte Resultate gewonnen sind.

Albrecht-Treptow.

— Cohn, Dr. Toby: Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. IV. Aufl. Berlin 1912, Verl. von S. Karger. 203 S. 6,60 M.

Der bekannte Leitfaden liegt in vierter, erweiterter Auflage vor und trägt in seinen beiden Hauptteilen,

der Elektrodiagnostik und der Elektrotherapie, den Bedürfnissen der allgemeinen Praxis in kurzer und sachlicher Form Rechnung. Zum Schluß werden auch die weniger üblichen Methoden der Franklinisation, der Arsonvalisation oder Teslaisation und einige neuere Stromarten in ihren wichtigsten Umrissen besprochen. — Das Buch wird sich auch weiterhin allgemeiner Beliebtheit erfreuen.

— Villiger, Dr. med. Emil, Leipzig: Sprachentwickelung und Sprachstörungen beim Kinde. Verl. von Wilh. Engelmann, 1911. 90 S. 1,50 M.

Vf. behandelt nach einem im schweizerischen Lehrertag in Basel gehaltenen Vortrag obengenanntes Thema in seinen einzelnen Teilen: 1. Die Entwickelung der Sprache beim Kinde. 2. Den Aufbau des Sprachmechanismus mit den verschiedenen Zentren im Gehirn und 3. Die einzelnen Sprachstörungen (Stottern, Poltern, Stammeln, Agrammatismus, Hörstummheit, angeborene Wortblindheit und die Taubstummheit). — Die dem Laien etwas schwerverständliche Materie wird durch einige schematische Bilder veranschaulicht.

Albrecht-Treptow.

— Schulze, Prof. Friedr. und Stursberg, Dr. Hugo: Erfahrungen über Neurosen nach Unfällen. Wiesbaden 1912, Verl. von Bergmann. 57 S. 1,80 M.

Die Erfahrungen beider Autoren gründen sich auf die Fälle der Bonner medizinischen Klinik. Im ersten allgemeinen Teil präzisiert Schulze seinen Standpunkt dahin, daß die Häufigkeit der Neurosen nach Unfällen im Verhältnis zu den Unfällen überhaupt keineswegs sehr hoch (1,3 ‰) sei, er gibt weiterhin wertvolle Fingerzeige bei der Untersuchung und Diagnose der Unfallneurosen und hält die Prognose durchaus nicht für so schlecht, wie es gemeinhin geschieht. Im zweiten Teil äußert sich Stursberg besonders über die Häufigkeit von Simulation und der Übertreibung, über Verhütung, Vorhersage und Behandlung der Neurosen. Man wird den Vff. nur beistimmen können, wenn sie zum Schluß die Bedeutung geregelter Arbeit als das wichtigste Heilmittel bei Unfallneurosen, die Unzweckmäßigkeit der Gewährung hoher Renten und die Wichtigkeit äußerer schädlicher Einflüsse für den weiteren Verlauf (Beeinflussung von interessierter Seite, unverkürzte Mitteilung ärztlicher Gutachten u. A.) betonen.

Albrecht-Treptow.

— Minnich, Dr. med. W., Dirig. Arzt der Kuranstalt für Lungenkranke in Weißenburg (Schweiz). Über die Behandlung des tuberkulösen Fiebers durch kontinuierliche Benzoylierung mit Cinnamoyl-paraoxyphenylharnstoff (Elbon). Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, XX. Band, Heft 2.

Minnich faßt die Resultate seiner klinischen Beobachtungen wie folgt zusammen:

„Der Cinnamoyloxyphenylharnstoff zerfällt im Organismus in Zimtsäure resp. Benzoesäure und in ein Derivat des Paraoxyphenylharnstoffs, der die Paraaminophenolgruppe birgt. Beide besitzen antizymotische und antipyretische Eigenschaften, vermittelst deren wir nach Art der langsam sich spaltenden schwer löslichen Antipyretika bei genügender Dosierung zu einer klinisch verwertbaren Deferveszenz gelangen. Sie ist charakterisiert durch Dämpfung der Maximal- und der Minimalamplituden der Temperaturkurve, welche infolgedessen die stark oszillatorische remittierende Form verliert und das ruhige Bild der Remissionskurve annimmt. Es scheint, daß in vielen Fällen unter der antiseptischen Wirkung des Präparates die erst künstliche Remission schließlich eine wirkliche dauernde wird, und was das Wichtigste ist, viel rascher eintritt als bei den in üblicher Weise behandelten Tuberkulosen. Dabei sind durchaus keine Nebenwirkungen, auch bei sehr langem Gebrauche, beobachtet. Der Patient verliert infolge des Ausbleibens der starken pyretischen Oszillationen, des Initialfrostes und der Kollapsschweiße das allgemeine Unbehagen und empfindet eine ausgeprägte Euphorie. Nicht zu unterschätzen ist die beobachtete Besserung der Qualität des Sputums, sowie die Beschränkung der Lungensekretion, beides wohl antizymotische Wirkungen des Mittels.

Wir haben also in der Tat in dem Elbon ein sehr brauchbares phthisio-therapeutisches Mittel in der Hand, das für die Dauerbehandlung der tuberkulösen Pyrexien zum Zwecke der Kräftesparung und rascheren Herbeiführung der Remissionen nach mehrjährigen Versuchen in einer ganzen Zahl von Fällen sich sehr gut bewährt hat. Es ist berufen, das Kreosot in seinen vielfältigen Verbindungen teilweise zu ersetzen. Daß es, wie aus dem Mitgeteilten zu ersehen ist, auch versagt, ist bei der Polymorphie des tuberkulösen Fiebers ohne weiteres klar und darf seine Anwendung nicht hindern.

Nach den bisherigen Erfahrungen eignet es sich in Dosen von 4—3 g, die nach und nach einzuschränken sind (dreistündlich je 1 g von morgens 9 Uhr ab), für die Großzahl der Fälle mit subfebrilen und mittelhohen Temperaturen der formativen und reparativen Stadien, sowie namentlich auch für die Pyrexien der ulzerösen Endstadien.

Es hat versagt bei den massiven hochfebrilen Infekten, da, wo die modernen Antipyretika ebenfalls unbrauchbar werden, sowie bei einer Reihe rein germinativer Pyrexien, namentlich geschlossenen Herden des Lungenparenchyms und der Lymphdrüsen, aus Gründen, welche wir bis jetzt nur teilweise übersehen konnten."

— Löwy, Dr. med. Max, Nervenarzt in Marienbad: Zur Kasuistik seltener Dyshumoraler (innersekretorischer) Störungen. Sonderabdruck aus der Prager med. Wochenschrift 1911.

An sechs sehr eingehend geschilderten Krankengeschichten werden verschiedenartige, durch Störungen der Drüsen mit einer Sekretion hervorgerufene Krankheitserscheinungen geschildert, die nicht in das abgeschlossene Gebiet des Basedow, Myxödems, Akromegalie und Morb. Addisoni fallen. Verfasser kommt bei solchen Fällen zur Annahme von „Dyshumorie", Neuralgie, Pseudogicht, Viteligo, Parästhesie und sogar psychischen Störungen auf dyshumoraler Grundlage. Die letzteren Krankheitsbilder sind in ihrem Symptomenkomplex auffällig übereinstimmend und zeigen durchweg eine starke hysterische Nuance.

Lange-Waldheim.

Personalnachrichten.

Um regelmäßige und lückenlose Mitteilung der Personalien an die Redaktion wird höflichst gebeten.

— **Straßburg.** Dem Privatdozenten für Psychiatrie bei der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg i. E. Dr. med. Karl Pfersdorf ist der Titel Professor verliehen worden.

— **Lüben i. Schl.** Abteilungsarzt Georg Stehr vom 1. April 1913 ab zum Abteilungsarzt in Lüben ernannt.

Therapeutisches.

Beitrag zur Wirkung der flüssigen Somatose und der Guajakose. Von Dr. Leo Silberstein (Schöneberg-Berlin). Allg. Med. Central-Zeitung, 1912, Nr. 44.

Zu den Nährpräparaten, auf die man in der Krankenpflege nicht verzichten kann und denen eine gewisse Bedeutung nicht aberkannt werden kann, gehört die aus 90 pCt. Albumosen bestehende Somatose, deren Wert nicht so sehr in seiner Eigenschaft als eigentliches Nährpräparat liegt, sondern vor allem darin, daß es als Stomachicum und Roborans gegeben wird. Die Dosierung spielt gerade bei der pulverförmigen Somatose, die ja fast reines Fleischeiweiß darstellt, eine große Rolle; unnötig hohe, nicht mehr medizinische Dosen erhöhen die Peristaltik. Als Fortschritt kann man die flüssige Somatose begrüßen. Es gibt süße und herbe Somatose. Die flüssige Somatose ist vollständig alkoholfrei. In zahlreichen Fällen der letztjährigen Influenzaepidemie mit ihrer muskulären, lähmungsartigen Schwäche, allgemeinen Prostration und Ergriffensein des Herzmuskels, zeigte sich die Darreichung der flüssigen Somatose von wesentlichem Nutzen. Bei anämischen jungen Mädchen oder Frauen ist besonders die Darreichung der Eisensomatose indiziert. Guajakose, eine Kombination flüssiger Somatose mit einer entgifteten Guajakolverbindung, Calcium sulfoguajacolicum, hat in der Phthisiotherapie eine allgemeine Einführung gefunden. Infolge ihres aromatisch bitteren, durchaus nicht unangenehmen Geschmacks nehmen auch Kinder das Präparat gern. Guajakose wurde bei Neigung zur Skrofulose und bei dem Krankheitsbilde der rekurrierenden Acetonämie, deren Ursprung im Darm infolge mangelhafter Fettassimilation zu suchen ist, mit Erfolg verordnet.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lüben (Schlesien) — Erscheint jeden Sonnabend.
Für den Inseratenteil verantwortlich: Carl Haenchen, Halle a. S — Schluß der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Heynemannsche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Stellengesuche.

An der **Herzoglichen Heil- und Pflege-Anstalt in Königslutter** bei Braunschweig (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist zum 1. Juni d. J. oder früher die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt. Gehalt 3600 bis 6000 M. in 15 Jahren, eventl. weiter steigend bis 6600 M.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an den Unterzeichneten erbeten.

Medizinalrat **Dr. Gerlach.**

An der ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt **Allenberg** bei Wehlau ist zum 1. Juli eventl. früher die Stelle eines

Anstaltsarztes

zu besetzen.

Gehalt 3600 bis 6600 M., steigend von 3 zu 3 Jahren um 600 M. Bei Bewährung nach 3 Jahren Anstellung auf Lebenszeit. Anderweit zugebrachte Dienstzeit oder praktische Beschäftigung wird auf das ruhegehaltsfähige Dienstalter ganz und auf das Besoldungsdienstalter in angemessenem Umfang angerechnet. Psychiatrische Vorbildung nicht unbedingt erforderlich.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an die Direktion.

Weitere Stellengesuche siehe auch die folgenden Seiten.

Vierzehnter Jahrgang. Nr. 52. 1912/13.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Albrechtstr. 46.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die vorstehenden Seiten.

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Geh. Sanitätsrat **Dr. Oebeke** und **Dr. von der Helm**; außerdem 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.

KENNENBURG b. Eßlingen in Württemberg

HEILANSTALT für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts

Prospekte. Telefon: Eßlingen 197.

Besitzer und leitender Arzt Dr. REINHOLD KRAUSS.

Neufriedenheim bei München

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke

Alkohol- und Morphium-Entziehungskuren. Mit großem Komfort, zugleich aber gemütlich eingerichtete, in großem alten Park gelegene Anstalt. Alle Kurmittel. 3 Aerzte. Hofrat **Dr. Ernst Rehm,** leitender Arzt und Besitzer.

Dr. Bernards Kuranstalten

Godeshöhe

für Nervenkranke usw. Völlig davon getrennt: Kurpension für Erholungsbedürftige. Man verlange Prospekt. Godesberg a. Rh.

◆◆ Thüringer Waldsanatorium ◆◆

Friedrichroda **Dr. Lots** **Kuranstalt** f. leicht. Nerven- u. Gemütskranke u. Nervöse. **Spezial-Kur** bei Neuralgie, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigk. etc. Näh. d. **San.-Rat Dr. Lots.**

Israelit. Kuranstalten zu Sayn b. Coblenz.

Zwei völlig getrennte Abteilungen:

I. **Kurhaus** für Nerven- und leichte Gemütskranke.

II. **Heil- u. Pflegeanstalt** f. Geistes- u. Gemütskranke. Komfortable wohnl. Einrichtung (Zentralheizung, elektr. Licht etc.). Mod. Kurmittel, Elektro- u. Hydrotherapie, Beschäftigungstherapie in eig. gärtnerischen u. landwirtschaftl. Betriebe.

Streng rituelle Verpflegung. Eigene Synagoge. Prospekte kostenfrei.

Dirigierende Aerzte: Sanitätsrat Dr. **Rosenthal** und Dr. **Leibowitz.**

Verwaltungsdirektion: **B. Jacoby.**

Bethel - Bielefeld

∷ ∷ Morija ∷ ∷

Anstalt für männliche Gemütskranke mit offener Abteilung für Nervenkranke. — Neu erbaute Häuser mit allen modernen Einrichtungen. Prospekte durch den **Vorstand der Bethel-Anstalten.**

Der Vorstand: Pastor F. v. Bodelschwingh **Chefarzt: Dr. Colla.**

Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild.

Soeben erschien der 1. Band der III. Abteilung:

Heim-, Heil- und Erholungsanstalten für Kinder in Deutschland.

Redigiert von

Professor Dr. **A. Keller**, Berlin.

Umfang XII und 459 Seiten. Auf matt Kunstdruck. — Mit 426 Abb., Grundrissen und Plänen.

In Halbleder geb. 18,— M.

Von dem Gesamtwerke: „Die Anstaltsfürsorge für körperlich, geistig, sittlich und wirtschaftlich Schwache im Deutschen Reiche in Wort und Bild" erschienen bisher:

VII. Abteilung Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Herausgegeben von Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lüben i. Schl. 2 Bände in Halbleder gebunden M 47,—.

VIII. Abteilung, Deutsche Anstalten für Schwachsinnige, Epileptische und psychopath. Jugendliche. Redigiert von Dir. Pastor Stritter und Oberarzt Dr. Meltzer. In Halbleder geb. 14,— M.

IX. Abteilung Deutsche Fürsorge - Erziehungsanstalten. Bd. I. Herausgegeben von Direktor Pastor Seiffert, Strausberg i. Mark. In Halbleder gebunden M 30,—.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a. S.

Wir haben noch alte Jahrgänge der **Wochenschrift** auf Lager (Jahrgang II, III, VI—XI) und verkaufen dieselben zu ermäßigten Preisen.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.